Prince Edward Island
CANADA

*Premier's Council on Healthy Child Development*

# Annual Report on Children 2002-2003

Prince Edward Island
Premier's Council on Healthy Child Development
16 Garfield Street
PO Box 2000, Charlottetown, PE Canada C1A 7N8

105-02740/

Conseil du premier ministre sur le développement salutaire de la petite enfance
Île-du-Prince-Édouard
16, rue Garfield
C.P. 2000, Charlottetown, Î.-P.-É. Canada C1A 7N8

July 21, 2004

Premier Patrick G. Binns
Province of Prince Edward Island

Dear Premier Binns,

On behalf of the Premier's Council on Healthy Child Development, I am very pleased to present you with this Annual Report on Children 2002-2003. This is our third annual report which provides highlights of some of the many activities for young children and their families.

This report contains four sections. The first provides an overview and some highlights of the many activities happening for young children on PEI. The following two sections provide information on federal/provincial agreements which support children and families, and describe the investments that have been made in PEI. The final section presents indicators of how well our children are doing on various measures of development, along with measures of family and community life, which are valuable supports to healthy child development.

As a council, we are very impressed with Islanders' commitment to young children. We applaud government's efforts in making PEI an excellent place for children and families and we encourage your continued support.

Sincerely,

David.

Dr. David Wong
Chair, Premier's Council on Healthy Child Development

# Third Annual Report on Children

# 2002-2003

Prepared by the Children's Secretariat for the
Premier's Council on Healthy Child Development

July 2004

*Images courtesy of Health Canada*
*Source: Health Canada Web site and Media Photo Gallery, Health Canada,*
***http://www.hc-sc.gc.ca***
*Reproduced with the permission of the Minister of Public Works and Government Services Canada, 2004.*

# *Our Vision*

Children in Prince Edward Island will thrive in an atmosphere of love, care and understanding. They will be valued as individuals in childhood and will be given a sense of hope and pride in themselves and our Island, as well as opportunities to reach their full potential as adults.

Respected and protected, Island children will respect and protect the rights of others. Valued, nurtured and loved, they will grow up able to contribute to a society that appreciates literacy, diversity, supports the less able and shares its resources.

Given the opportunity to develop their physical, creative, intellectual, emotional, social and spiritual capacity to the fullest, children in Prince Edward Island will become tomorrow's successful and enthusiastic parents, caregivers, workers and citizens.

*....For Our Children: A Strategy for Healthy Child Development*

# Table of Contents


Background ..... 1

I. For Our Children ... A Strategy for Healthy Child Development ..... 3

II. Early Childhood Development Initiative ..... 15

III. Early Childhood Education and Care ..... 27

IV. Indicators of Child Well-being ..... 41

Appendixes

Appendix 1 Technical Notes to the Indicators ..... 79

Appendix 2 Children's Working Group ..... 86

# Background

Research confirms what parents have always known – children who are provided the best start in life grow up to be caring and nurturing adults. Our children are our future. In order to create a society and an economy that is strong and healthy, it is our responsibility to optimize the development of our children.

In Prince Edward Island there is a growing awareness and appreciation for the strong and lasting impact of early childhood experiences. Families, communities, organizations, governments and business are working to support young children and their families through a wide range of activities. This Annual Report on Children 2002-2003 provides information on some of those efforts that are taking place every day.

The ***Premier's Council on Healthy Child Development*** is a group of Islanders who serve in an advisory capacity to the Premier on issues affecting children in Prince Edward Island. Council members are representative of the diversity in the Island population. Members are appointed based on their individual strengths and expertise in matters related to healthy child development in the prenatal to early school years period.

Each year the council uses this Annual Report on Children to share with Islanders the many ways children's issues are being addressed on PEI. The annual report also shares information on the Healthy Child Development Strategy and its partners, federal-provincial agreements which focus on children and indicators of child well-being.

# I. For Our Children ... A Strategy for Healthy Child Development

A Strategy for Healthy Child Development was presented to the Premier in the fall of 2001. Developed through extensive community consultation, the strategy focuses on improving outcomes for children from the prenatal period to eight years of age.

The strategy aims to ensure that all children on PEI will be ...

- ***safe and secure*** – children's basic needs for food, shelter, clothing and a safe physical environment will be met and they will be protected from abuse, neglect, discrimination, exploitation and danger;

- ***healthy*** – children will be as physically, emotionally and spiritually healthy as possible, with strong self-esteem, coping skills and enthusiasm;

- ***successful at learning*** – children will have opportunities to reach their full potential for good physical, social and artistic development, language, literacy, numeracy and general knowledge needed for a successful transition into adult life; and

- ***socially engaged and responsible*** – children will be helped to form stable attachments to nurturing adults, including strong supportive relationships within and outside their families and they will be encouraged to develop an understanding of the rights and responsibilities of belonging to a wider community and to understand the consequences of their choices.

The Healthy Child Development Strategy recognizes our collective role in helping children to reach these goals. Government provides leadership, but the involvement of communities, businesses and families is essential to ensure its success.

# *Children's Secretariat*

Consistent with the collaborative spirit of the Healthy Child Development Strategy, five government departments have been working together to form the **Children's Secretariat**. The departments involved are: Health and Social Services, Education, Community and Cultural Affairs, Office of the Attorney General and Development and Technology.

Through the secretariat, these five departments work together to share information and develop partnerships between departments and sectors, to connect with community organizations, to promote the importance of the early years within government, to monitor provincial activities for children, and to collaborate with other provincial governments and the federal government.

## Why these five departments?

**Each department supports children and families in its own way. Each department contributes to children's well-being by promoting children's safety and security, good health and success at learning and by supporting communities.**

- The **Department of Health and Social Services** supports children and families through its many health-related and financial programs.
- The **Department of Education** is a leader in ensuring equitable opportunities for lifelong learning.
- The **Department of Development and Technology** helps parents support their families through economic development and employment initiatives and builds community capacity through its community development bureau.
- The **Department of Community and Cultural Affairs** promotes culture and heritage and encourages Islanders to be physically active through sport and recreation activities.
- The **Office of the Attorney General** works to promote safe communities and to support families through the family justice system.

When these departments collaborate, an immense range of knowledge and experience is shared. By working together, these departments are able to reach a common understanding of how their respective goals can be jointly achieved.

# *Children's Working Group*

In Prince Edward Island, a "network of networks" links individuals, organizations and coalitions who work to improve child outcomes. This network forms the PEI Children's Working Group and includes members from community-based networks, academia and government. Each of the community networks is based on the key areas for action from the Healthy Child Development Strategy.

Each year the Children's Working Group prepares an Action Plan which outlines priorities for children in the year ahead. The PEI *Partnerships for Children* initiative was identified in the 2002-2003 Action Plan on Healthy Child Development.

**PEI Partnerships for Children** promotes healthy outcomes for young children on PEI. In addition to supporting children and families, the initiative was intended to strengthen community-based networks. Through PEI Partnerships for Children, each working group network was allocated funding for initiatives which support the key action areas outlined in the Healthy Child Development Strategy.

The **Children's Working Group** networks and their respective projects in 2002-2003 are listed as follows:

- The ***Pregnancy, Birth and Infancy*** network developed recommendations for a social marketing plan and created a social marketing resource to increase the number of pregnant women attending prenatal classes and utilizing prenatal resources in the community.

- The ***Family Literacy*** network presented a one-day workshop for early childhood educators on Enhancing a Child's Speech and Language and Enhancing Family Literacy on PEI through Early Childhood Educators.

- The ***Childhood Injury Prevention*** network increased the appropriate car/booster seat use through raising parent and caregiver knowledge on how best to seat their kindergarten-aged children in a vehicle.

- The ***Exceptional Needs*** network learned and shared more information regarding developing play, social and communication skills in preschool children with exceptional needs and worked with early childcare centres to help further enhance opportunities for children with exceptional needs to develop their play, social and communication skills in an integrated setting.

- The ***Children's Mental Health*** network supported the continuation of the I'm Thumbody program on PEI schools. I'm Thumbody is an early childhood mental health program which promotes personal health and successful relationships and is delivered in Grade 3 classrooms.

- The ***Acadian and Francophone*** network provided support to new French language early childhood centres in four Acadian and francophone regions of PEI.

- The ***Screening and Assessment*** network hosted the Wonder Years Conference which brought best practice information to parents and professionals involved with care, assessment and management of children with Down's Syndrome. The conference addressed four different areas: medical, speech and hearing, education and education transition issue and parent support/advocacy.

- The ***Healthy Lifestyles*** network raised awareness around the importance of healthy eating and physical activity in children from birth to eight years of age and their parents and teachers through active living mascot visits to early childhood and family resource centres, posters in the centres and handouts for parents.

- The ***Parent Support*** network provided two, two-hour parent workshops on how to ease a child's transition into Grade 1 and maximize the likelihood of success in school. The network also prepared a facilitator resource manual for future workshops.

- The ***Early Childhood Care and Education*** network developed wage scales for early childhood educators, program staff and special needs assistants consistent with the level of certification, experience and duties, and developed an implementation strategy and detailed costing.

- And together, ***Children's Working Group Networks*** collaborated to develop messages which support the key areas for action of the Healthy Child Development Strategy and communicated these to the Island public via various local media. The networks' commitment to healthy child development and their spirit of collaboration was demonstrated throughout the course of this project.

# *Highlights 2002-2003*

In 2002-2003, numerous special events occurred which support children and families.

The First Annual **Healthy Eating Week** was held in March 2003. During this week, the Healthy Eating Alliance prepared Healthy Eating Survival Kits which included information on healthy eating and physical activity for children, recipes, meal planners and grocery lists for parents. Kits were distributed through Access PEI locations across PEI.

**Family Literacy Day** was celebrated on Monday, January 27 to raise awareness of the key role of families in helping children develop literacy skills and a love of learning. Literacy is the foundation of lifelong learning.

**A Path to Healing and Prevention – Fetal Alcohol Syndrome and Alcohol Related Effects Conference** was held in February 2003. The conference, coordinated by the Mi'kmaq Family Resource Centre, included experts from across Canada and attracted more than 200 participants.

Congratulations are extended to Islanders Alice Taylor and Ron Stanley who were each awarded a **Canadian Child Care Federation's *Golden Jubilee Award.*** Alice was recognized for her contributions, care and commitment to the Early Childhood Care and Education sector and Ron was recognized for his work in child welfare.

Prince Edward Island signed the **Multilateral Framework on Early Childhood Education and Care** in March 2003. This five-year agreement provides funding to provinces for improving access to affordable, quality early learning and child-care programs and services which are provincially regulated.

**Child Find PEI** was presented with a Premier's Crime Prevention Award in 2002 for their significant contribution to crime prevention on PEI. Founded in 1988, Child Find PEI helps in the search and recovery of missing children. Their trained and dedicated volunteers teach and reinforce messages of safety and prevention to families, educators, caregivers and the public across the province of PEI. Child Find PEI focuses on the prevention of abductions.

The ***Smoke Free Places Act*** received royal assent in the fall of 2002. This act provides a legislative framework to protect the public and workers from the harmful effects of second-hand smoke by creating smoke-free work and public environments.

## *Reaching Our Goals*

As reaching the goals of the Healthy Child Development Strategy is a responsibility of all Islanders, this section of the report provides some examples of how Islanders are supporting the strategy goals.

### *All children in Prince Edward Island will be safe and secure.*

- PEI schools continued to provide programs which address **sexual abuse and bullying prevention**. Five additional schools focussed their school-based staff development initiatives on developing a positive and supportive school environment for staff, students and their families through the development of a code of conduct.
- With funding support from Justice Canada, a Special Projects Officer with Victim Services, PEI Office of the Attorney General, secured arrangements for **child-friendly waiting rooms in the Sir Henry Louis Davies Supreme Court building** in Charlottetown. These arrangements allow the child victim/witness to enter the courtroom through an entrance away from the accused and the public. The PEI Police Association also provided financial assistance to purchase age-appropriate games, toys and activities. These are now available at both the Summerside and Charlottetown courthouse locations.
- A **play on domestic violence** was presented to students of six senior high schools in the Eastern School District. The RCMP, Victim Services, Transition House Association and Child and Family Services worked together to organize this activity.
- **Internet safety sessions for parents** have been provided through partnerships with the PEI Home and School Federation, RCMP and the Department of Education. Internet Safety Sessions were also available to the general public during Information Technology Week.
- In November 2002, Kids R' First Family Resource Centre and staff from East Prince Health organized a **car seat safety clinic** to inform parents of proper car seat set-up in an effort to reduce injuries from accidents. Other partners included Kids West, Highway Safety, Child and Family Services and community volunteers.

## *All children on PEI will enjoy good health.*

- The Department of Health and Social Services and the four health regions established **a review committee for age 0-6 public health nursing screening programs** to ensure best practices in screening programs, prevent duplication of services, and ensure that educational resources for parents are up-to-date and effective.

- The **PEI Tobacco Reduction Alliance** offers self-help materials for quitting smoking specifically for pregnant women through Public Health Nursing offices across PEI.

- The Smoke Free Homes Committee of the PEI Tobacco Reduction Alliance continued its activities to reduce children's exposure to tobacco smoke in their homes by launching the **Let's Take It Outside Contest** in the fall of 2002. This contest encouraged Islanders to make their homes smoke-free. More than 5,000 households took the pledge to keep their home smoke-free for six months. Nine communities were awarded prizes for registering the largest percentage of their households — Congratulations to Wellington, Tignish, Tyne Valley, Argyle Shore, Mount Stewart, Tracadie Cross, Morell, Cardigan and Souris.

- The PEI Active Living Alliance's **SummerActive Crew** was well received by children across the province in summer 2002. Crew members promoted physical activity through information and activities. The SummerActive program also partnered with the Canadian Cancer Society to deliver a sun-safety message.

- The **PEI Healthy Eating Alliance** is a multi-sector group of individuals from community organizations, university faculties and government departments sharing a concern for children's health and a commitment to improving the eating habits of children and youth. This very active alliance initiated a wide variety of activities in 2002 including:
  - preparing numerous presentations and media interviews through newspaper, radio and television;
  - preparing Nutrition Tips for easy nutritious lunches to be included for school newsletters;
  - partnering with the Canadian Living Foundation/Breakfast for Learning to become the adjudicating body for school breakfast and snack programs;
  - helping school breakfast and snack programs recruit and train volunteers, obtain sponsorship and implement best practices in their programs; and
  - implementing a pilot project in three elementary schools across the Island to promote increased fruit and vegetable consumption among children and youth.

- The **Prince Edward Island Sport Strategy** was released in the fall of 2002. One of the goals of the five-year strategy is to increase participation in sport and recreation at all levels and encourage lifelong participation.

## *All children on PEI will enjoy good health ... continued*

- In support of educating parents and children on the value of physical activity, the Department of Community and Cultural Affairs distributed the new and colourful **Canada's Physical Activity Guide for Children** in all kindergartens and elementary schools.

- The Adventure Group, through its **Transformative Parenting Project**, began considering how restorative justice principles can be used in dealing with conflict in the family. The project aims to encourage social development in children and transform relationships in families and communities by supporting parents in disciplining children in ways which encourage children to take responsibility for repairing the harm they have done to others, learn empathy from those they have harmed and reduce the potential for future harm.

- **AIDS PEI** led a committee which worked to encourage pregnant women and those contemplating pregnancy to have HIV/AIDs testing.

- The **Kings Region Pre-school Assessment Team** participated in an evaluation which confirmed that the Montague-based team provides a valuable assessment service for children with identifiable delays in their growth and development. Evaluation results indicate that 100 per cent of parents were satisfied with the assessment and follow-up they received. A similar assessment team has been established in Souris with the support of the Eastern Kings Foundation Inc.

## *All children on PEI will be successful at learning.*

- In a partnership between the **Provincial Library Service, TD Financial group and the Canadian Children's Book Centre**, a copy of a book by Canadian author Sharon Jennings was offered to all Grade 1 students visiting their public library during the Canada-Wide TD Canadian Children's Book Week.

- **Little Expressions Mean a Lot**, a program piloted in Kings Health Region, was expanded Island wide. Now all Islanders are able to benefit from this community capacity building project which promotes education and awareness in the area of speech and language development.

- To meet the needs of children with autism and their families, the **Pre-school Autism Early Intervention Program** hired two pre-school autism specialists to work with the early intervention coordinator.

- **Family Literacy Day** is celebrated each year to raise awareness of the role of families in helping children develop literacy skills and a love of learning. To celebrate, a Carousel of Family Literacy Activities was held for parents and children on January 25, 2003. Activities included storytelling, puppet shows and book draws. The PEI Literacy Alliance, the Confederation Centre Children's Library and Frontier College Students for Literacy@UPEI sponsored the event.

- The **Kindergarten pilot project** was successful and has expanded across PEI. In its first year, 97 per cent of eligible children were enrolled in the publicly funded, community-based program.

- The **Early Childhood Development Association** continues to work hard to serve the needs of PEI early childhood educators. With assistance from the departments of Health and Social Services and Education, a part-time executive director was hired to support the early childhood sector. The association has also developed a Community Resource Centre filled with materials relevant to the early years in a child's development and has begun circulating a quarterly newsletter to all association members. The sector also began discussions with the Union of Public Sector Employees (UPSE) to consider options for their work force.

- **Understanding the Early Years** (UEY) is a project of the Early Childhood Development Association (ECDA) of PEI. In 2002-2003, UEY connected with Islanders through a knowledge exchange strategy that matches UEY learning with the knowledge and experience already present in PEI. UEY learning has been customized for various audiences and has been communicated by UEY staff, members of the Community Advisory Committee, and trained 15 volunteer UEY Champions.

- Adult learners are very outspoken when describing their reasons for returning to school. Many say that they want to set a good example for their children so they can understand the importance of being successful in school. The **Adult Basic Education Program** continues to be an effective and family supportive activity that more than 1,200 adult Islanders participate in annually. **Workplace Education PEI** continues to provide literacy and learning opportunities in workplaces across PEI. Participants in these programs recognize the significance of learning opportunities for them as individuals and for their families.

- The PEI Literacy Alliance, in partnership with the Department of Education, the school districts, and the Government of Canada, continues to run the **Summer Tutoring Program for Kids**. In July and August 2002, 659 elementary school-aged children participated in the program delivered by 22 tutors. This province-wide program has gained an excellent reputation as a positive literacy intervention that helps children with reading difficulties maintain and/or increase their reading levels over the summer. The tutors are university students, with a majority of those students enrolled in the education program at UPEI. The program is an excellent opportunity for the future classroom teachers to develop skills and empathy in helping children who have literacy difficulties. The tutors also have an opportunity to learn more about family literacy challenges faced by Island children.

- **Literacy development in the early school years** continues to be a priority for Island schools. Workshops, professional development opportunities and other resources on early literacy help Island teachers respond to the needs of their students.

- **Hearing Education Auditory Resources (HEAR) teachers** continued to offer in-service sessions and on-going support to early childhood educators and teachers and to help caregivers and peers outside of the family understand how to best manage each child's hearing loss. In 2002, HEAR organized a parent panel discussion providing a personal and powerful presentation that helped professionals understand how families are affected by hearing loss. HEAR also supported parents' meetings and social events throughout the year.

## *All children on PEI will be socially engaged and responsible.*

- **Francophone child-care services** were expanded and enhanced in West Prince, Summerside, Rustico and Charlottetown in September 2002.
- The **Community Development Bureau** through the Department of Development and Technology supports families and communities by working with local community groups to build capacity.
- Brookvale Provincial Ski Park hosts an **Annual Festival of Colours** which organizes fun events for the whole family, including food, music and lots of activities for children. The festival is a great way to experience the outdoors on PEI.
- The PEI Women's Institute and the Early Childhood Development Association have partnered to develop **Story Sacks to support the Fair Play Kids project**. Each sack contains puppets and other visual materials associated with the Kids Play Fair stories. With these materials, children are able to act out the stories as they read them. Story Sacks have proven very successful as family literacy tools on PEI.
- Through the **Integrated Projects Group**, Island schools are using various forms of technology to share and celebrate cultural stories and experiences through collaborative projects. For example, elementary students from Miscouche, Lennox Island and Hay River, Northwest Territories collaborated to explore their respective cultures. As well, educators from all levels have collaborated and shared cultural projects, such as the international cultural stories from a variety of students in Island schools.
- Elementary students in Alberton are being encouraged to become involved in their community. **Grades 3 and 4 students from Alberton Elementary** visited Maplewood Manor every two weeks for a reading program with the residents.
- The **Summerside YMCA**, supported by donations from the community and local businesses, provided school supplies for students receiving services from Child and Family Services. This partnership helps support a positive beginning to a new school year for many children.

# II. Early Childhood Development Initiative

In September 2000, Prince Edward Island joined with other provinces and territories and the federal government in a commitment to support families and communities in their efforts to ensure that young children can fulfil their potential to be healthy, safe and secure, ready to learn and socially engaged and responsible. Through this Early Childhood Development Initiative (ECDI), the federal government has committed to an annual transfer of funding to provincial and territorial governments over a five-year period.

Funding received through the ECDI is intended to introduce, improve and/or expand early childhood development programs and services. On Prince Edward Island, a range of programs already exists which supports early childhood development. The ECDI provides an opportunity to strengthen existing programs and invest in new ones.

The First Ministers' Agreement on Early Childhood Development includes four key areas: healthy pregnancy, birth and infancy; early childhood development, learning and care; parenting and family supports; and community supports. Governments' efforts within this framework focus on any or all of these areas.

In 2002-2003, Prince Edward Island received $1.7 million for investments in early childhood development which were integrated with the provincial Healthy Child Development Strategy. Specifically, PEI made the following investments in three key areas:

**Early Childhood Development, Learning, and Care**

- Measuring and Improving Kids' Environments (MIKE)
- Grants to early childhood centres to support children with special needs
- Child Care Subsidy Program
- Publicly funded, community-based kindergarten

**Parenting and Family Supports**

- Best Start home visiting program
- Disability supports for children from birth to age six
- Positive Parenting from Two Homes – Children's Program

**Community Supports**

- Healthy Child Development Strategy: community development
- PEI Partnerships for Children

# 1. *Early Childhood Development, Learning and Care*

## A. Measuring and Improving Kids' Environments (MIKE)

The Measuring and Improving Kids' Environments (MIKE) project provided program support, training and development to early childhood centres across the province. A two-year pilot initiative, MIKE commenced in August 2001 and concluded its pilot phase in June 2003. The project provided an opportunity to begin to objectively measure quality in licensed centres, to target the supports needed to improve environments, and to measure the impact of those supports.

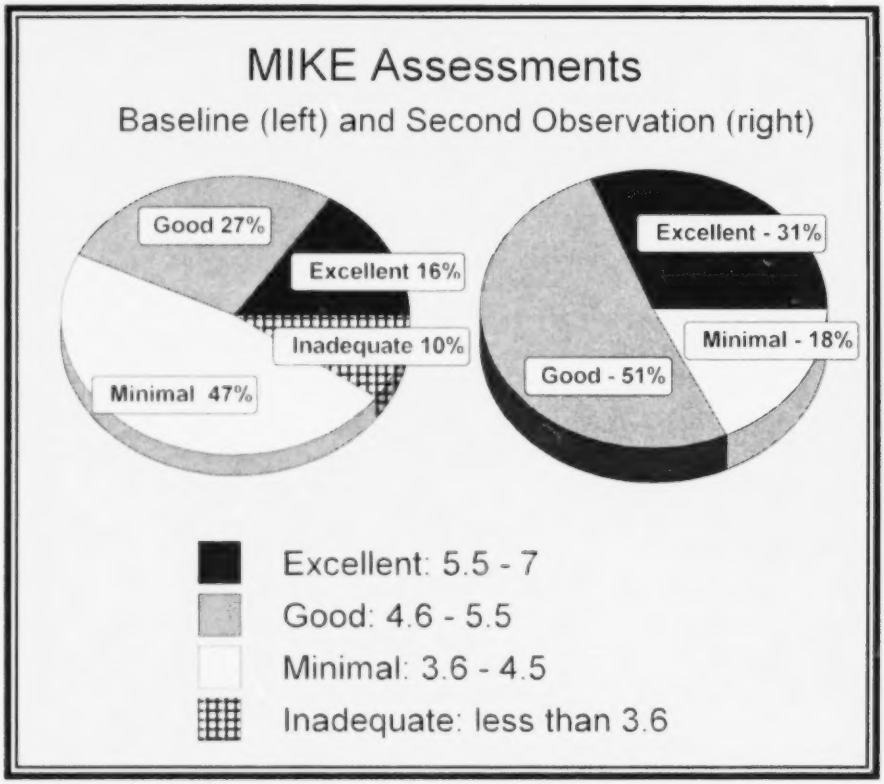
MIKE is a shared initiative of the Children's Secretariat (Department of Health and Social Services) and the Early Childhood Development Association of PEI. The Department of Health and Social Services provided funding for the project activities, supervision of consultants and liaisons with government and national initiatives. The Early Childhood Development Association of PEI maintained communication with association members, administered the project and liaised with other early childhood initiatives in the community.

The first phase of the project (2001-2002) focussed on licensed full-day early childhood centres providing inclusive programs for children with special needs. The second phase (2002-2003) expanded the project to include all licensed early childhood centres. As well, follow-up assessments were carried out during the second phase, in order to measure the impact of the efforts to improve quality.

The goal of the MIKE program is to increase the levels of quality in licensed early childhood programs across PEI. In order to accomplish this goal, MIKE focuses on increasing the capacity of staff in early childhood centres to provide higher quality services for all children within their programs. The pilot project promoted and supported best practices of early childhood educators in the delivery of inclusive and quality child-care services to Island children.

Centre directors and staff were introduced to the Early Childhood Environment Rating Scale – Revised (ECERS-R) assessment tool and invited to participate in the program. Staff of the MIKE program completed assessments and shared the results with directors and staff. Together, plans were developed to address areas which needed improvement and MIKE staff provided advice and support as centres worked to improve the early childhood environment.

Improvements to quality were measured through planned followup assessments. Plans which addressed improvements were revised, training identified and peer networks within regions created. Results of follow up assessments demonstrated the success of these interventions.




All licensed full-day early childhood centres on PEI were targeted for this project. While participation is voluntary, approximately 95 per cent of centres (52 centres) are involved in the program.

The budget allocation for 2002-2003 was $50,000.

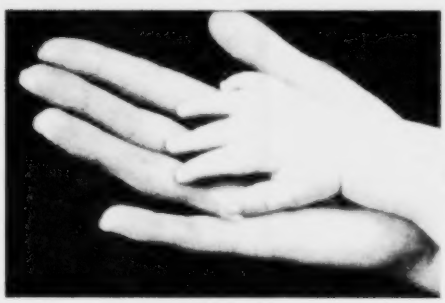
## B. Grants to Early Childhood Centres to Support Children With Special Needs

Special needs grants provide additional funding to licensed early child development centres in order to support inclusive programs for children with special needs. Typically, this funding is used to employ additional staff to lower the child-staff ratio at the centre, allowing all staff to be able to provide for individualized programming for the child with special needs.

The goal of the Special Needs Funding Program is to support the inclusion of children with special needs in licensed early child development settings. Program objectives are:

- to support licensed centres with appropriate resources to provide individualized programs with quality early childhood education environments;
- to encourage communication among parents, centre staff and other professionals involved in working with the child; and
- to provide for accountability on the part of licensed child development facilities for funded programs.

Funding is provided on behalf of children with special needs who are attending licensed early childhood development centres. For the purpose of this grant, a child with special needs is defined as one who, in order to attain the usual development goals, requires additional and/or specific types of stimulation/care. Children who would normally fall into this population include those with issues relating to: mobility, cognition, development delay, vision or hearing loss, speech, behavioural issues and children who have multiple disabilities. Since parents are not income/needs tested for eligibility for these support services, all families are eligible for participation in the program.



During 2002-2003, funding was provided to 45 early childhood programs on behalf of 205 children and their families. This represents a 33 per cent increase in the number of children who are able to benefit from additional supports in their early childhood centres.

The Department of Health and Social Services is responsible for the administration of the Special Needs Grant program. In 2002-2003, the budget allocation for this program was $867,300. Of this, $300,000 was allocated from the Early Childhood Development Initiative. Actual expenditure exceeded budget allocations ($1,060,134).

## C. Child Care Subsidy Program

The Child Care Subsidy Program is a provincial program designed to assist parents with the cost of licensed early learning and child-care programs. The goals of the Child Care Subsidy Program are:

- to support parents, who meet established social and financial criteria, in paying for the cost of licensed early learning and child-care programs;
- to provide timely services to prevent parents from becoming "persons in need"; and
- to provide timely information to both applicants and early childhood centres concerning the approval of applicants.

The program provides subsidies to parents based on social and financial criteria. Social criteria includes parents employed or in a training program (if the funds for child-care expenses are not available through the training program), children in need of protection, medical needs of the parent, and children with special needs. Financial eligibility is determined by a Sliding Scale Income Test which considers family size and net monthly income; families may receive full or part subsidy.

This provincial program is administered through four regional health authorities, with the Department of Health and Social Services responsible for policy development. Funding is provided on behalf of children aged 10 and under who are attending licensed early learning and child-care centres.

In 2002-2003, a total of $3,256,092 was spent on this program. Of this total, $40,000 was invested using funds from the Early Childhood Development Initiative. This represents a 1.2 per cent funding increase over the previous year.

## D. Publicly Funded Community-based Kindergarten

PEI's publicly funded, community-based kindergarten program was introduced in September 2000. As part of the early childhood system, kindergarten on PEI is privately owned and operated. Throughout the three-year implementation phase the provincial government, under the leadership of the Department of Education, continues to develop curriculum and policy that reflects and supports this unique approach to kindergarten.

The goal of this initiative is to fund a core community-based program, thus enabling more children to attend kindergarten and providing consistent curriculum for Island children. In 2002-2003, children who were five years of age as of January 31 of the current school year were eligible for kindergarten.

The departments of Education and Health and Social Services share responsibility for kindergarten. The Department of Education is responsible for the development and funding of a core kindergarten program and for in-service training related to the kindergarten curriculum. Kindergarten programs are licensed as early childhood centres according to PEI's *Child Care Facilities Act*. The minister of Health and Social Services is responsible for this act. The Department of Health and Social Services continues to be responsible for supports for children with special needs and certification of early childhood educators, while both departments share responsibility for licensing and program inspections.

There were 90 community-based kindergarten sites during the 2002-2003 school year. A total of 1,605 children attended these programs. Based on PEI's birth rate, 97 per cent of children eligible for kindergarten are attending. Attendance increased 12 per cent the first year kindergarten was publicly funded and has remained constant.

In 2002-2003, the second year of implementation of this program, additional investments were made as part of the Early Childhood Development Initiative. During this year, a one-time Kindergarten Resource Grant enabled licensed centres to purchase non-consumable toys, equipment and resources to support the curriculum.

Expenditures for the kindergarten program in this fiscal year totalled $3.2 million. Of this amount, $647,000 was invested from the Early Childhood Development Initiative.

# 2. *Parenting and Family Supports*

## A. Best Start Home Visiting Program

In November 2002, the Department of Health and Social Services entered into an agreement with the National Crime Prevention Centre and CHANCES Family Resource Centre to support the province-wide introduction of universal infant screening and followup home visiting. This project builds on a three-year pilot project based in the Queens region.

The goal of the Best Start program is to maximize the development of young children and their families, particularly those experiencing conditions of risk. Public health nurses in all health regions offer screening and followup assessment to all families of newborns. For those families who are determined to be facing challenges, referrals may be made to the home visiting program. Home visiting is available for up to three years, with diminishing frequency of visits from year to year. Participation in any aspect of the program is voluntary. The program targets all newborns and their families, particularly young, single parents and youth at risk.

In 2002-2003, public health nurses completed screening of 635 families with newborns. Of all families screened, 25 per cent screened positive. Of those screened positive, 41 per cent agreed to follow through with a full assessment. Of the 62 positive assessments, 57 families agreed to participate in the home visiting program.

Participation rates for the 2002-2003 year include those families who were screened in during the pilot phase, as well as new families who were assessed after the program received provincial funding. In all, 174 families and 261 children were involved with the program during this year.

Ongoing program evaluation is being conducted by the Canadian Research Institute for Law and Family.

In 2002-2003, $119,000 was allocated from the Early Childhood Development Initiative.

## B. Disability Supports for Children from Birth to Age Six

The PEI Disability Support Program (DSP) is a social program with a financial component. Introduced in October 2001, the program is designed to assist Islanders (children and adults) who have a qualifying disability (physical, intellectual, neurological) to overcome barriers, to attain a satisfactory quality of life, and to strive to achieve financial independence.

Within the overall structure of the DSP, supports are being offered for children from birth to six years of age and their families. The DSP may assist children with disabilities by offering support to them and their parent(s) or guardian(s). The program assists families with extraordinary child-rearing needs directly related to the child's disability and offers supports and referrals to other agencies where complementary services may be obtained.

In 2002-2003, 91 children from birth to six years of age and their families received supports from this program. In previous years, children and their families received varying levels of support from the Family Support Program. The DSP has broadened the scope of possible supports and the level of financial support.

The Department of Health and Social Services is responsible for this program and Disability Support Units are now in place in each health region. Disability support workers are specifically trained to work with children and adults with disabilities and their families. They work as partners with individuals and families to develop a support plan to meet disability-specific needs.

A total of $300,000 was invested in this program in 2002-2003 through the Early Childhood Development Initiative.

## C. Positive Parenting From Two Homes – Children's Program

Established in 1999, Positive Parenting From Two Homes is part of the family law section of the Office of the Attorney General. The program is for parents who are concerned about the effects of separation, divorce and parenting from two homes and the resulting conflict and effects on children. This also includes parents who have never lived together. The program is offered approximately 12 times a year throughout the province. The format consists of two three-hour sessions presented by trained facilitators. Parents attend separate sessions and are screened. Topics include: positive parenting, other people in children's lives, children's grief, adult's grief, what children need, developmental ages and stages of children, conflict resolution, parenting plans, mediation, family violence and how to develop a business-like relationship with the other parent.

An evaluation component by an independent researcher demonstrates the need and effectiveness of the program in terms of changes in adult behaviour resulting in changes in children's well-being and adjustment.

Positive Parenting From Two Homes "for kids" is an off-shoot of the parent's program and is the result of requests from parents for a program to assist children through the changes and conflict resulting from family breakup or having two homes. The program provides children with information to help them cope with their changing family. Topics include: what is a family, changes that occur when there is separation/divorce, how it affects the child individually, court procedures, future concerns and conflict resolution. The program is presented in four evenings over four consecutive weeks by trained facilitators.

In 2002-2003, $25,000 was invested in this program through the Early Childhood Development Initiative.

# 3. *Community Supports*

## A. Healthy Child Development Strategy: Community Development

The Healthy Child Development Strategy is a multi-departmental initiative focused on improving outcomes for children on Prince Edward Island. The strategy builds on the successes of programs, services and community supports, and encourages partnerships among community, business and government.

During provincial consultations prior to the launch of the strategy, Islanders emphasized the need for community involvement in the development of policy, programs and services for children and families. They stressed that the success of the strategy depends on community ownership. However, Islanders also reported that they wanted Government to provide leadership in this endeavour.

In order to ensure a role for community, the implementation of the Healthy Child Development Strategy is monitored by the Premier's Council on Healthy Child Development. Council members are individuals from across PEI who represent a variety of experiences and backgrounds.

As well, the Children's Working Group (CWG) is integral to the implementation of the goals and objectives of the strategy's Key Areas of Action. Members of the CWG include representatives chosen by the community, and government representatives from each of five provincial departments involved in the Healthy Child Development Strategy. These government representatives work together on the Children's Secretariat.

The Early Childhood Development Association (ECDA) of PEI coordinates the *Understanding the Early Years* project for the province. The Children's Secretariat has partnered with the ECDA on a joint workplan in order to promote community action in meeting the goals and objectives of the Healthy Child Development Strategy.

Objectives for the community development work of the strategy include:

- strengthening and building on current partnerships;
- providing opportunities for discussion and networking for organizations, community groups and government departments;
- sharing information with communities across PEI; and
- encouraging community action for healthy child development.

Efforts in community development have been directed to community-based organizations working on behalf of young children and their families; parents; business; community and municipal leaders; and special populations, including francophone and aboriginal populations.

There are five provincial government departments involved with the Healthy Child Development Strategy; these include:

- Department of Health and Social Services (lead);
- Department of Education;
- Department of Community and Cultural Affairs;
- Department of Development and Technology; and
- Office of Attorney General.

As well, the Premier's Office has established a Premier's Council on Healthy Child Development. The council's role is to monitor the implementation of the strategy, and to advise the Premier on issues related to the healthy development of children in PEI.

Community development investments have supported events such as the Premier's Council's Think Tank, meetings of the Children's Working Group, network meetings, provincial network conference, community meetings and presentations, etc.

In partnership with Understanding the Early Years, the community development efforts are being evaluated by Social Research Development Corporation.

In 2002-2003, $110,000 was invested in this initiative through the Early Childhood Development Initiative.

## B. PEI Partnerships for Children

*PEI Partnerships for Children* was a new initiative in 2002-2003 to promote healthy outcomes for young children on PEI. Through the initiative, each network of the Children's Working Group was allocated $10,000 for initiatives which support the key action areas outlined in the Healthy Child Development Strategy. The purpose of the initiative was two-fold – to improve outcomes for children on PEI and to strengthen the community-based networks.

Funding was allocated using a community development approach. The process was non-competitive with submissions for funding required to demonstrate how the project would address the strategy objectives and how the network partners would work together to implement the initiative. Members of the Children's Secretariat supported the work of their community-based colleagues in developing partnerships as part of the application process.

*Partnerships for Children* supported a range of activities, including social marketing and public awareness, the development of a salary grid for early childhood educators, programs for children, and workshops and conferences for parents. Initiatives addressed prenatal education, social skills for children with exceptional needs, children's mental health, active living, literacy, use of car seats and booster seats, and information for parents to support their children during the transition from early childhood to the school system.

All networks collaborated on a public education campaign to communicate key messages from their various networks. Over a period of two weeks, a coordinated newspaper and radio campaign was implemented across PEI. The networks' commitment to healthy child development and their spirit of collaboration was demonstrated throughout the course of this project.

In 2002-2003, $110,000 was allocated to the Partnerships for Children initiative through the Early Childhood Development Initiative.

# III. Early Childhood Education and Care

## *Canada's Multilateral Framework Agreement on Early Learning and Child Care*

In March 2003, federal/provincial/territorial Ministers of Social Services agreed on a framework for improving access to affordable, quality, provincially and territorially regulated early learning and child-care programs and services. The objective of the initiative is to further promote early childhood development and support the participation of parents in employment or training by improving access to affordable, quality early learning and child-care programs and services. Prince Edward Island participated actively in developing and supporting the Multilateral Agreement and continues to work toward its implementation.

Through the Multilateral Framework Agreement, the Government of Canada transfers funds on an annual basis to Prince Edward Island in order to advance the objective as described above, and to build on the significant provincial investments already made in early learning and child-care programs and services.

| **Multilateral Framework Agreement on Early Learning and Child Care<br>Prince Edward Island** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **2003-2004** | **2004-2005** | **2005-2006** | **2006-2007** | **2007-2008** |
| $110,000 | $652,000 | $973,000 | $1,293,000 | $1,502,000 |

As part of this agreement, PEI has agreed to publicly report on a baseline of programs, services and expenditures.

## *History of Early Childhood Education and Care on PEI*

Prince Edward Island has always been characterized as a rural economy, with close-knit communities and large extended families. While evidence of early childhood programs in Prince Edward Island can be traced back to the early 1800s, the emergence of child care as a formal, licensed system was not seen until the 1960s. The first kindergarten was started in Charlottetown in 1842 and closed in 1858. Formal systems of child care wherein caregivers were paid for their services were simply non-existent during the 1940s and 1950s in PEI.

It was not until the 1960s that Islanders saw the beginning of the types of child-care programs that are in existence today. Kindergarten programs began to develop during this time and the emergence of "child care," or full-day, early childhood programs, grew out of this kindergarten movement. Centres in rural PEI began to develop in the 1969-1971 period.

In 1971, Government designated the Department of Social Services as the agency responsible for the regulation of child-care facilities, and for the management of any public funds that would be appropriated for day-care purposes. In 1972, a two-year post-secondary diploma program in Early Childhood Education was initiated at Holland College on its Charlottetown campus, with an on-site early childhood program.

Legislation to regulate early childhood centres was first enacted in 1973. Regulations to the *Child Care Facilities Act* were introduced in 1978, following extensive consultation with the child-care sector.

In the spring of 1974, a provisional committee of operators of licensed child-care facilities was established to organize the Early Childhood Development Association (ECDA) of Prince Edward Island. The ECDA was incorporated as a non-profit organization, and continues to be the only professional association of early childhood educators in the province.

## *Development of Programs and Services*

In 1977, Government introduced the Child Care Subsidy Program to subsidize the cost of child care for eligible parents. Prior to this, Government funded all operational costs for six centres, while parents in other areas had no access to support. The new subsidy program was intended to provide equitable access to financial support for child-care fees for eligible families across PEI.

The Department of Health and Social Services introduced the "Special Needs Policy" in 1982. This policy allowed for higher per diem rates for children with special needs who were attending licensed early childhood programs, to encourage centres to provide more individualized programming for children who needed additional supports. Parents were income tested, and funding was provided through the Child Care Subsidy Program.

During 1985 and 1986, the Department of Health and Social Services coordinated province-wide consultations in preparation for revisions to the *Child Care Facilities Act and Regulations*. The revised *Child Care Facilities Act* provided clear definitions of "child," "child care," and "child-care facility," defined the role of the Child Care Facilities Board, and allowed for a more streamlined, effective appeal procedure. Revised regulations addressed a broad range of aspects of child care, including supervision, behaviour management and definition of program requirements. For the first time in PEI, staff training requirements were introduced.

The new regulations concerning staff training created an increased demand for post-secondary Early Childhood courses, and Holland College introduced the first Early Childhood Extension course in September 1986. This was the first time in almost 20 years that part-time study leading to a diploma in Early Childhood Education was available in this province.

The University of Prince Edward Island's Extension Office also responded to the demand for early childhood courses and commenced the provision of courses for those people who needed to supplement related training with courses more specific to Early Childhood Education.

In September 1987, Government adopted *guiding principles for the development of child-care services*. Principles addressed five key areas of quality, affordability, availability, services for children with special needs and parental involvement. At the same time, Government announced the implementation of the Direct Funding Program for licensed child-care facilities. This program included a mix of operating grants for all licensed programs, as well as Infant Incentive Grants for programs with spaces for infants.

In October 1988, the Department of Health and Social Services revised its policy for children with special needs, and transferred funding for individualized programs to the Direct Funding Program in the form of grants to centres. The new program allowed centres to maximize resources and called for an integrated approach to individualized program plans.

## *Recent Developments*

In 2000, Government announced a publicly funded, community-based kindergarten program in PEI that is co-managed by two departments. The Department of Education is responsible for curriculum, program resources and funding for all five year olds; the Department of Health and Social Services is responsible for licensing and monitoring, staff certification and funding for supports for children with special needs.

The Government of Prince Edward Island has continued to support early childhood education and care as a social, economic and political issue. The provincial child-care budget has increased steadily from a total budget in 1981-1982 of $395,100 to a 2002-2003 budget of $4.5 million.

## *Population*

Prince Edward Island's Department of the Provincial Treasury (Economics, Statistics and Federal Fiscal Relations Division) reports estimated population figures for children from birth to six years of age for 2003:

| Population Estimates (2003) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Age of Child** | **Kings** | **Queens** | **Prince** | **Total** |
| 0 | 177 | 709 | 498 | 1,383 |
| 1 | 200 | 706 | 485 | 1,391 |
| 2 | 193 | 734 | 477 | 1,405 |
| 3 | 214 | 802 | 500 | 1,517 |
| 4 | 226 | 823 | 523 | 1,572 |
| 5 | 225 | 797 | 495 | 1,518 |
| 6 | 254 | 869 | 530 | 1,653 |
| **Total** | **1,490** | **5,441** | **3,508** | **10,439** |

Based on 2001 census data, participation rates for women on PEI in the labour force continue to remain high:

| Female Labour Force Participation – PEI | |
|---|---|
| Women with children living at home | 78.2% |
| Women with children under 6 years only | 81.8% |
| Women with children under 6 years and over 6 years | 83.4% |
| Women with children over 6 years only | 76.5% |

(Source: 2001 Census Table no. 95F0490XCB01002.ivt)

Using rounded estimates, the Child Care Resource and Research Unit at the University of Toronto (Friendly, et. al., 2002) reports the number of children with mothers in the paid labour force for Prince Edward Island:

| Children with Mothers in the Paid Labour Force<br>Prince Edward Island 2001 (rounded estimates) | |
|---|---|
| Age of Child | Number of Children |
| 0-2 years | 3,200 |
| 3-5 years | 3,500 |
| 6-12 years | 10,100 |
| Total 0-12 years | 16,900 |

## *Child Care Facilities Act*

In Prince Edward Island, the *Child Care Facilities Act* regulates the operation of early childhood education and care programs. The regulations to the *Child Care Facilities Act* provide for licensing, physical facilities, public health, fire emergency and safety, nutrition, administration, staffing and certification. The Child Care Facilities Board is described in the act, and includes multi-disciplinary representation including health, education, parents and early childhood educators. The Child Care Facilities Board is responsible to ensure the provision of child care that is safe, of good quality and appropriate to the needs of children. The board monitors programs, investigates complaints and issues licenses.

Licenses may be issued for Type 1 facilities, including early childhood centres (kindergarten, nursery school and full-day programs for mixed age groups of children); and Type 2 facilities, including day-care homes, school-age child-care centres and occasional centres.

Government monitoring includes a legislated annual visit by designated inspectors. Government also provides funding for MIKE (Measuring and Improving Kids' Environments) which uses the *Early Childhood Environment Rating Scale – Revised* (Harms, T., Clifford, R.M., and Cryer, D. (1998) *Early Childhood Environment Rating Scale – Revised*. New York: Teachers College Press.) This scale is used to measure quality and monitor its improvement. Participation in the MIKE program is voluntary, but over 95 per cent of full-day centres participate.

| **Child Staff Ratios and Group Size Requirements in Regulated Child-care and Family Child-care Homes** | | |
|---|---|---|
| **Age of Child** | **Staff : Child Ratio** | **Maximum Group Size** |
| 0-2 years | 1 : 3 | 6 |
| 2-3 years | 1 : 5 | not specified |
| 3-5 years | 1 : 10 | not specified |
| 5-6 years | 1 : 12 | not specified |
| 7 years and on | 1 : 15 | not specified |

| Staff Training Requirements | |
|---|---|
| Type 1 Facilities:<br>early childhood centres, including "Kindergarten" and full-day early childhood education and care programs | • Centre supervisors and at least one full time staff must have successfully completed a post-secondary diploma in early childhood education from a minimum of a one-year program; regulations outline other options, including a two-year diploma or a degree in related field.<br>• In order to be certified as an "early childhood supervisor," academic training must be combined with a specified number of years of experience, (e.g., a one-year diploma plus three years of experience; a two-year diploma plus two years of experience).<br>• Thirty hours of in-service training in each three-year period is required for all staff. |
| Type 2 Facilities:<br>family child-care homes, school-age child-care centres and occasional centres | • Minimum of 30 hours training relevant to the age of the children is required.<br>• Supporting references from at least two community members must be provided. |
| Each centre or home is required to have at least one staff person present at all times with up-to-date first aid training from a provincially recognized organization. | |

## *Publicly funded, Community-based Kindergarten*

Kindergarten is provided through the regulated early childhood education and care system, with approximately 50 per cent of kindergarten programs offered as part of a full-day early childhood program. This provides a "seamless day" in which the child participates in a kindergarten class as a portion of the full-day program. The three-hour kindergarten program is universally available, with no cost to parents. Parents are then responsible for the balance of fees charged by the centre for the remaining portion of the day.

Kindergarten programs may also be provided in half-day programs. Approximately 30 per cent of the half-day programs are situated in available space in elementary schools. Kindergartens operating in a school building must have a parent board and, with a few exceptions, are primarily limited to provision of half-day programs.

The Department of Health and Social Services and the Department of Education share responsibility for kindergarten. The Department of Education provides funding for a half-day core kindergarten program and is responsible for the curriculum and in-service education. "Kindergarten mentors" attached to the Department of Education visit the programs and provide on-site consultation in regard to implementing the province-wide curriculum.

The Department of Health and Social Services is responsible for licensing kindergartens, staff certification, and the provision of funding to support the inclusion of children with special needs. Kindergartens operate under the *Child Care Facilities Act*.

Participation in kindergarten is not compulsory; however, as of 2002-2003, 97 per cent of eligible children attend. Prince Edward Island is changing the age of kindergarten and school entry to ensure that children are six years of age on or before August 31 of the year they enter Grade 1. This change will take place gradually over a six-year period beginning in the 2003-2004 school year. The gradual implementation schedule was chosen to minimize, to the extent possible, the impact this change will have on families and kindergarten/public school systems.

Programs operate between seven to 10 months a year and offer a play-based, core curriculum in Language Arts and Mathematics. In English programs, the curriculum outcomes are adapted from the Atlantic Provinces Education Program, while in French programs, the curriculum is provincially developed.

The core kindergarten program must operate for no less than three hours per day, five days a week or the equivalent, and provide 12 hours of instructional time per week.

# *Availability and Accessibility*

Planning for early childhood education and care programs is considered within the broader context of PEI's Healthy Child Development Strategy. However, while the Children's Secretariat supports communities through the planning process, the actual development and operation of licensed early childhood centres are the responsibility of individual owners/operators and non-profit community organizations.

**Number of Full- and Part-time Child-care Spaces by Type 2002-2003**

| | Centre-based | | Family Child Care |
|---|---|---|---|
| **Type of Space** | **Full-time** | **Part-time** | |
| Infants | 60 | - | 10 |
| Preschool | 3,931 | 67 | 15 |
| School Age | - | 596 | 10 |
| **Total** | 3,991 | 663 | 35 |

The majority (76 per cent) of regulated full-day early childhood centres are privately owned and operated (2002-2003). The remainder (24 per cent) are operated by non-profit community boards and/or other community-based organizations (e.g., churches).

In order to calculate the availability of spaces for children in PEI, 50 per cent of six-year-old children were included, since the early childhood education and care system includes kindergarten, and therefore some six-year-olds (those born between January and June) would be in the early childhood system. Using a total population figure of 9,611 (children five years age and under, plus 50 per cent of six-year-olds), Prince Edward Island had enough licensed spaces in 2002-2003 for approximately 42.5 per cent of all children from birth to six years of age (inclusive). This includes kindergarten spaces, which are part of the early childhood education and care system.

Of the 4,083 full- and part-time spaces for children from birth to six years of age, only 1.7 per cent (70 spaces) are available for children younger than two years of age. While the shortage of spaces for infants presents challenges for parents who are employed, the availability of spaces for children from two to six years (6,837 children) is considerable, with enough spaces for approximately 59 per cent of all children between these ages.

## *Affordability*

The cost of licensed early childhood education and care programs is one of the most significant barriers to participation for families with young children. Despite the relatively high cost to parents, fees charged in licensed programs do not allow the centres to provide wages and benefits commensurate with the level of education and responsibility of early childhood educators.

Provincial and territorial governments have tried to address this challenge by providing subsidies for low income parents, and operating grants to centres. In Prince Edward Island, the Child Care Subsidy Program was introduced in 1977, and is administered by regional health authorities across the province.

The Child Care Subsidy Program does not charge parents a user fee, but child-care services may charge fees above the program's maximum subsidy rate and require the parent to pay the difference. Once parents are determined to be eligible for subsidy, they may use that subsidy at any licensed centre or family day-care home. Maximum subsidy is determined by the age of the child:

| **Maximum Daily Subsidy 2002-2003** | |
|---|---|
| Infants (younger than two-years-old) | $24 |
| Two and three-years-old | $20 |
| Three, four, and five-years-old | $19 |
| School-age children | $18 |

In 2002-2003, the expenditure for the Child Care Subsidy Program totalled $3,256,100.

Eligibility for subsidy is determined by a review of the family's reason for needing child care, as well as consideration of the needs of the child. An income test considers family income and family size in order to determine eligibility for full or partial subsidy.

| Child Care Subsidy Program 2002-2003 | | | |
|---|---|---|---|
| **Income Eligibility Criteria** | **Family Size** | **Turning Point*** | **Break-even Point**** |
| | Single parent, one child | $13,440 (net) | $25,440 (net) |
| | Two parents, two children | $19,200 (net) | $51,040 (net) |
| **User fee/surcharge** | There is no user fee, but centres may charge parents the difference between centre fees and maximum subsidy available | | |
| **Eligible services** | Any licensed centre or family child-care home is eligible; in exceptional cases, subsidy may be available for unlicensed care. | | |

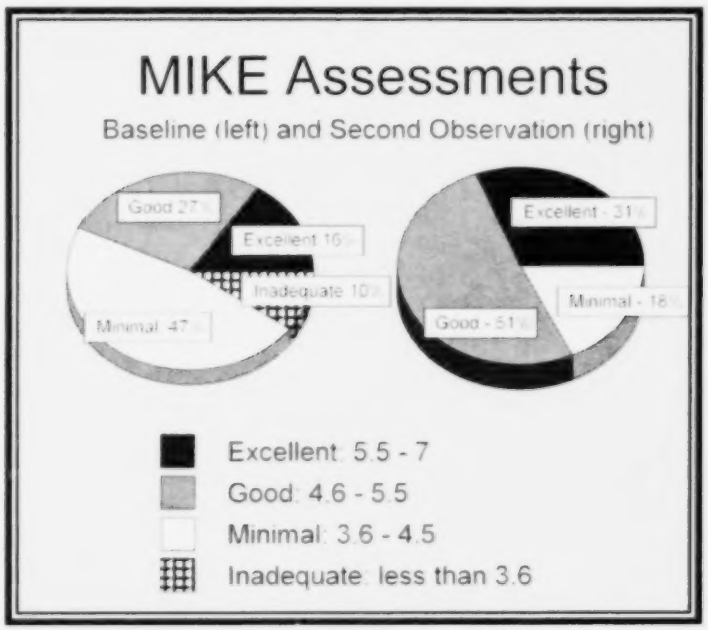
* The turning point is the income level up to which a full subsidy is available.

** Partial subsidy is available up to the break-even point, after which subsidy is no longer available.

# *Quality*

It is generally understood that the benefits to children from participation in early childhood education and care programs is directly related to their participation in programs of high quality. Quality in itself, however, continues to be a topic of study for researchers and policy-makers around the world.

In Prince Edward Island, a concerted effort to improve quality was undertaken with the introduction of the Measuring and Improving Kids' Environments (MIKE) program. The MIKE program is a successful partnership between the PEI Department of Health and Social Services, the Early Childhood Development Association of PEI (ECDA) and licensed full-day early childhood centers across PEI. The program is funded by the Department of Health and Social Services as a component of PEI's Healthy Child Development Strategy.



The On-site Consultation Model involves the use of external program consultants with training in early childhood education and experience in licensed centers, the Early Childhood Environment Rating Scale – Revised (ECERS-R) and the Canadian Supplementary Scale (CSS). The consultation process involves gathering information and resources, conducting training and engaging individuals in an evaluation process. Although the On-site Consultation Model from *Keeping the Door Open* was used to inform and guide the work in the first 10-month cycle of the pilot, the MIKE model evolved with a conscious focus on asset and community-based development strategies. The most important factor in the MIKE consultations is the nature of the relationships that develop and the processes used to support the relationships.

## *Inclusive*

In 1988, Prince Edward Island introduced Special Needs Grants in order to encourage licensed early childhood centres to provide inclusive programs for children who needed additional supports to participate in centre activities and to attain developmental goals. Funding is used to employ additional staff to lower child staff ratios in the centre. Lower child staff ratios are intended to allow all staff to provide extra support to the children who need it.

Funding and requests for special needs funding has consistently increased over time.

| Supports for Children With Special Needs | | | |
|---|---|---|---|
| | **2000-2001** | **2001-2002** | **2002-2003** |
| **Number of children (full and part-time)** | 165 | 164 | 175 |
| **Number of centres** | 55 | 56 | 58 |
| **Budget allocation** | $580,200 | $880,200 | $880,200 |
| **Budget expenditure*** | $779,378 | $867,148 | $1,060,134 |

* Includes over-expenditure required to eliminate wait list for special needs supports.

## *Parental Choice*

The Department of Health and Social Services provides resources designed for parents, to support them in making informed decisions regarding the selection of an early childhood program.

The *Parents' Guide to Early Childhood Programs* provides parents with information about subsidies and what to expect, and describes the types of requirements for licensed centres. Parents are urged to visit centres prior to selecting one for their child, and encouraged to discuss centre policies. The guide provides parents with a sample of questions that will help them gain a better understanding of the day-to-day activities in early childhood programs.

The *Directory of Licensed Child Care Programs* provides parents with information on all licensed programs across Prince Edward Island and gives information about child-care subsidies.

## *Labour Force Issues*

In 2001, the Government of Prince Edward Island supported the Early Childhood Development Association of PEI in conducting a survey of wages and working conditions in child-care settings. The Review and Analysis of the Prince Edward Island Early Childhood Education Sector reported median gross hourly wages for centre-based staff (full- and part-time combined):

- Certified staff (at least one year of Early Childhood Education and Care training): $8 per hour
- Uncertified staff: $7.01 per hour
- Staff working with children with special needs: $9 per hour

## *Other Funding*

The Department of Health and Social Services provides operational funding to licensed centres. However, funding is limited to those centres licensed prior to 1992. Approximately 50 per cent of centres and 50 per cent of regulated family child-care homes do not receive operating grants.

| Operating Grants | |
|---|---|
| **Full-day centre programs** | $0.91/day/space |
| **Part-time centre-based programs (nursery schools, play schools, school-age child-care centres)** | 12 children or fewer – $682 per year |
| | up to 24 children – $1,092 per year |
| | up to 50 children – $1,820 per year |
| **Family child-care homes** | $450 per year |
| Infant incentive grants ($250 per year) are also provided to both centres and homes enrolling at least one child younger than age two on a regular basis for at least six months per year. | |

## *Training and Professional Development*

The Departments of Health and Social Services and Education each provide an annual allocation to the Early Childhood Development Association (ECDA) to assist with the purchase of resources and to support professional development activities. In 2002-2003, each department contributed $8,600 to the ECDA, for a total of $17,200.

# IV. Indicators of Child Well-being

*"The early years of life are critical in the development and future well-being of the child, establishing the foundation for competence and coping skills that will affect learning, behaviour and health."*[1]

Provincial, territorial and federal governments across Canada have been working together, and with communities, to improve child well-being for a number of years. Governments have recognized the importance of regularly monitoring and reporting on the status of young children's well-being as a means of helping inform policy-making and building public awareness and understanding. In their September 2000 Communiqué on Early Childhood Development, First Ministers committed to *"make regular public reports on outcome indicators of child well-being using an agreed-upon set of common indicators....related to the objectives established for early childhood development."*

PEI will report on indicators of child well-being within the categories of:

- Physical Development
- Safety and Security
- Early Development (including social and emotional development)
- Family Related Indicators
- Community Related Indicators

[1] First Ministers' Communiqué on Early Childhood Development, September 2000

# 1. Physical Health

## A. Infant Mortality

"The 20th century in Canada has been a time of tremendous progress against infant mortality."[2] Once a common occurrence, infant death is now a relatively rare event. Researchers at Statistics Canada therefore interpret this positive trend as "undisputed progress in efforts to secure the health of Canadian children."[3]

The infant mortality rate is a long-established measure of child health. The most dramatic improvements in infant mortality have taken place over the last three decades. Statistics Canada recently compared our long-term trends in infant mortality rates to countries such as the United States, the United Kingdom, France and Sweden. One key finding reported that, among these nations, Canada recorded the greatest decrease in infant mortality from 1970 to 1995. It is telling that the period of most dramatic improvement occurred from 1970 to 1975, coinciding with the introduction of universal medical care.

For this reason, infant mortality is an indicator closely tied to economic status and social factors. Rates of infant death are intimately tied to the effectiveness of medical care, preventive care and the attention paid to maternal and child health within a formal health care system. The rate also reflects social factors in a baby's environment, such as maternal education, smoking and deprivation – indicators that will be discussed in turn later in this report.

***How does Canada rank among nations today?***

Among developed countries, an infant mortality rate of less than four per 1,000 live births is considered an exceptionally good record. Six nations had achieved this low rate of infant death in the year 2000: Iceland (3), Japan (3.2), Sweden (3.4), Finland (3.8), Norway, (3.8), Spain (3.9).[4] Among the 30 member states of the Organization of Economic Cooperation and Development(OECD), Canada ranked 14th with an infant mortality rate of 5.3.

Researchers have noted that the decline in infant mortality in Canada had levelled off by the mid-1990s, with the result that various nations pulled ahead of Canada. Thus, while medicare has been able to address long-standing regional differences in infant mortality, income-related disparities in infant mortality remain a challenge. Today, the largest infant mortality gaps in our society are those which exist between wealthy and poor neighbourhoods.[5]

---

[2] "Health Status of Children." *Health Reports* (Statistics Canada Catalogue 82-003) 1999; 1(3): 25-34.

[3] *Ibid.*

[4] OECD. "Infant Mortality-Deaths per 1000 Live Births." *OECD Health Data, 2003* (http://www.oecd.int) November 24, 2003. There is no infant mortality data given for Korea or New Zealand for 2000 from this source.

[5] *Health Status of Children.*

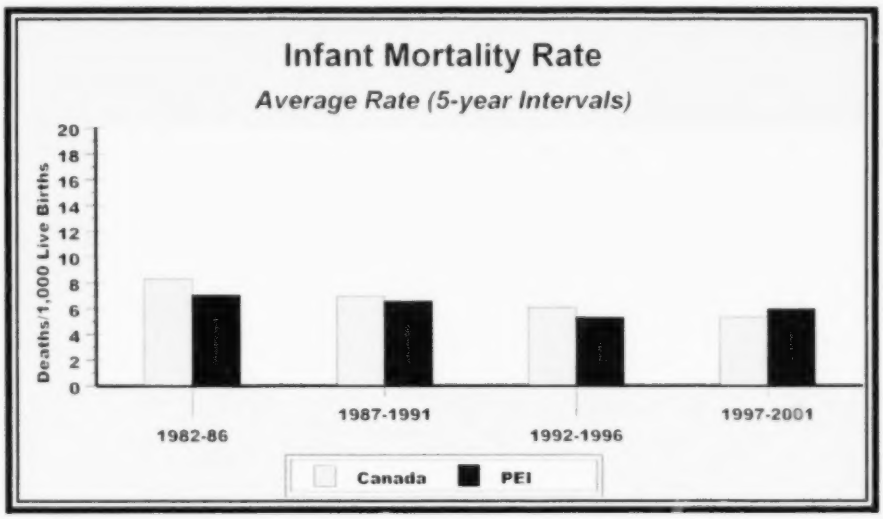
***How does Prince Edward Island rank within Canada?***

For the year 2001, the year for which we have most recent confirmed data on infant mortality, PEI had a relatively high rate of infant mortality. While the rate for Canada was 5.2 in 2001, the rate for Prince Edward Island was 7.2. Our provincial rate was the highest among provinces in Canada.

***Is this high rate of infant mortality a consistent trend?***

Prince Edward Island's small sample size means that an increase or decrease of a few cases can appear as large fluctuations from year to year. In 2000, the rate of infant mortality on Prince Edward Island was the lowest among provinces, at 3.2.

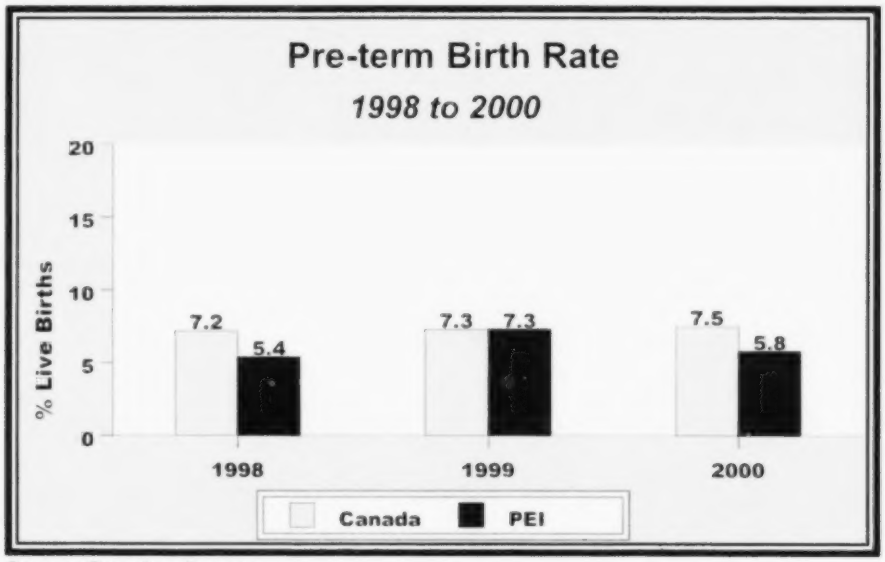
For this reason, presenting average rates over five-year periods is often a better and more accurate representation of trends. The data in the following chart represent five-year average rates in infant mortality over the last two decades from 1982 to 2001.




- Over the past two decades, the infant mortality rates for both PEI and Canada have decreased consistently.
- The infant mortality rate for Prince Edward Island decreased by 15 per cent over the two decades captured above.

## B. Pre-term Birth Rate

The pre-term birth rate is the percentage of live births with a gestational age at birth of less than 37 completed weeks (less than 259 days). In Canada, 75 per cent to 85 per cent of all prenatal mortality results from pre-term births. If the child survives, health problems often persist. Pre-term birth can result in respiratory problems, various infections and neurodevelopmental problems for the baby.




Source: Statistics Canada

- The pre-term birth rate for PEI was lower than the Canadian average in 1998 and 2000, and the same as the Canadian average in 1999.

**In addition,** in the year 2000, PEI had the lowest rate of pre-term births among provinces in Canada. The next lowest rate was reported at 6.7.

## C. Healthy Birthweight

Birthweight is also a strong indicator of newborn health, and a key factor affecting infant survival, health and development. It is a reliable measure of a newborn's chances of survival and future health.

### i) Low Birthweight

Low birthweight is reported as the percentage of live births where the baby has a weight less than 2,500 grams (just over five pounds). Perinatal and infant mortality are highly correlated with the incidence of low birthweight.[6] Children born too small are at a greater risk of dying during the first year of life; and if they survive, they have a greater risk of disability and diseases such as cerebral palsy, visual problems, learning disabilities and respiratory problems.[7]

Low birthweight is higher among younger and older mothers than among mothers aged 25 to 34. It is also related to prematurity, as close to half of preterm babies weigh less than 2,500 grams, compared with only about two per cent of those born at or after 37 weeks gestation. Parity also affects birthweight; low birthweight is more common among first-born children and those that are the mother's fourth or later birth than children who are second and third in birth order.[8]

Low birthweight is associated with poor maternal health, lifestyle and economic circumstances. Appropriate medical care and a healthy lifestyle for the mother can improve the chances that the baby will have a healthy birthweight. Smoking during pregnancy is the most clearly established "preventable" risk factor of low infant birthweight, contributing to "small for gestational age," premature birth, spontaneous abortion, respiratory distress syndrome and sudden infant death syndrome. Long-term effects include poor cognitive performance and decreased physical growth.

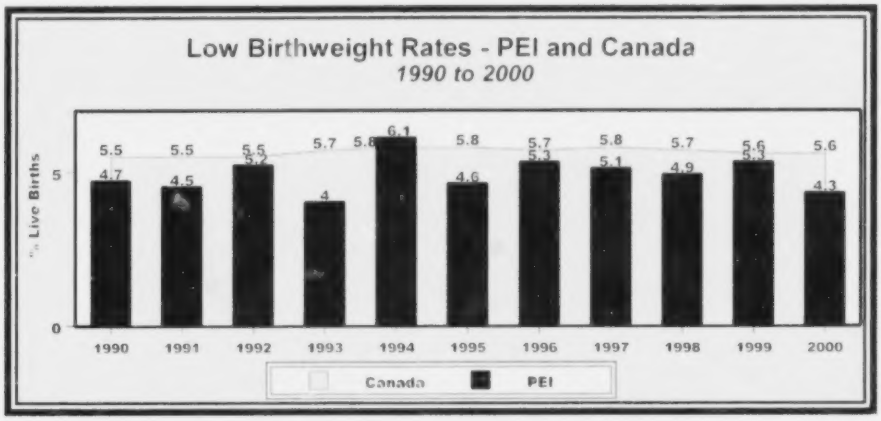
---

[6] *Ibid.*

[7] Jiajian Chen and Wayne J. Millar, "Birth outcome, the social environment and child health," *Health Reports* (Statistics Canada Catalogue 82-003) 1999, 10(4): 57-67.

[8] François Nault, "Infant Mortality and Low Birthweight, 1975-1995," *Health Reports* (Statistics Canada Catalogue 82-003-XPB) 1997, 3(9): 39-45.

Low birthweight is strongly related to infant mortality. Data collection for this indicator of child well-being has been underway for many years. The chart below gives a 10-year trend in rates of low birthweight from 1990 to 2000. A low rate of low birthweight babies is a good overall sign of newborn health. Among developed nations, rates lower than five per cent are considered good.[9]




- Over the past decade, data for both PEI and Canada showed neither a significant increase nor decrease in the low birthweight rate.

- Prince Edward Island had, on average, a lower rate of low birthweight births than the Canadian average from 1990 to 2000.

- The proportion of low birthweight babies on PEI is considered, by national and international standards, to be "good."

**In addition,** Prince Edward Island had, among all Canadian provinces, the smallest proportion of low birthweight babies born in the year 2000. Low birthweight data is also presented in the section on maternal smoking, which is explored in the assessment of family-related indicators.

**ii) High Birthweight**

The high birthweight rate is the percentage of live births where the baby has a weight greater than 4,000 grams (just under nine pounds).

The reasons babies are born with high birthweights vary. Women who have already had more than one pregnancy are more likely to have a baby over 4,000 grams. However, high birthweight is strongly associated with maternal obesity and, to a lesser extent, with

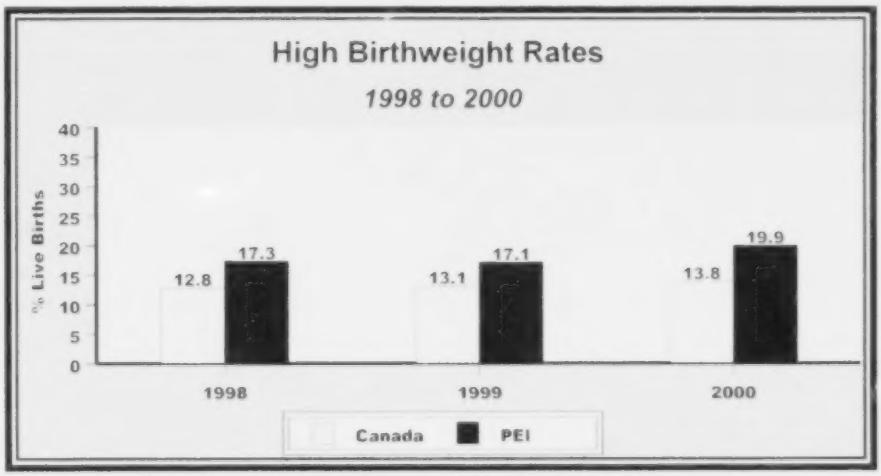
[9] OECD, *OECD Health Data, 2001* (CD-ROM).

gestational diabetes. Gestational diabetes carries significant health risks for mother and infant and increases the risk for the mother of developing non-insulin-dependent diabetes at a later date. Babies born of diabetic mothers are at greater risk for the future development of hypoglycemia.

With high birthweight babies, there is a greater potential for complications for both mother and baby during delivery. For the mother, longer labour and higher risk of trauma to the birth canal are potential consequences. Increased incidence of cesarean sections, which are accompanied by another set of risk factors, have also been associated with high birthweight. For the baby, there is a greater risk of asphyxia, depressed skull fractures, bruising and other cranial trauma. Injuries resulting from difficult shoulder deliveries include fractures of the infant's collar bone and possibly paralysis of the shoulder and face due to nerve damage.

High birthweight babies also tend to have poor motor skills and more difficulty regulating behavioural states. They tend to be more difficult to arouse, have feeding difficulties and may have problems maintaining a quiet alert state.

Data collection on high birthweights is an initiative of recent years. The following chart gives the national and provincial data for three years, 1998 to 2000.




- In contrast to the low birthweight data, Prince Edward Island had a higher rate of high birthweight births compared to the national average from 1998 to 2000.

**In addition,** for the year 2000, Prince Edward Island had the largest proportion of high birthweight births among Canadian provinces.

## D. Immunization

In Prince Edward Island, childhood immunization, including all innoculations and vaccinations, are administered by Public Health nurses. Generally, children are immunized against common childhood diseases and receive vaccines by needle at two, four, six, 12, 15 and 18 months of age. An additional immunization occurs at or around the age of four years.

The rate of childhood immunization is normally measured by the incidence (meaning the rate of new cases per year) of three childhood diseases. These are invasive meningococcal disease, measles and haemophilus influenza b (Hib). All three are preventable through adequate immunization programs.

**i) Incidence of Meningococcal Disease**

Children as young as two months of age may now be immunized against this disease, thanks to new and very effective vaccines. The National Advisory Committee on Immunization (NACI) recommends three doses of this new vaccine at two, four and six months of age in order to ensure routine levels of immunization. Most cases of this disease occur in the zero to 19 age group, and immunization programs generally focus on this group. There is strong potential for significant reduction in the incidence of this disease if these protocols are observed.

Like most other jurisdictions in Canada, Prince Edward Island does not presently provide this immunization per the NACI recommendations. Prince Edward Island does provide it, however, for individuals at increased risk of infection due to a splenectomy or equivalent immune deficiency.

**ii) Incidence of Measles**

All provinces and territories have adopted the goal set by the Pan-American Health Organization to eliminate measles in their population. Two doses of measles vaccine are required for complete protection; the first dose is given at 12 months and the second dose prior to school entry, at either 18 months or four to six years of age. PEI instituted an immunization program including the second dose for measles in 1997.

**iii) Haemophilus Influenza-b (invasive) (Hib) Disease**

Invasive Hib was the most common cause of bacterial meningitis and a leading cause of other serious invasive infections in children prior to the introduction of Hib vaccines. Vaccine preventable cases are now rare. Four doses of the vaccine are given in combination with diphtheria, pertussis, tetanus and polio before children reach their second birthday. PEI started the four-dose schedule for this vaccine in 1992.

The following table gives the incidence rate for measles, invasive meningococcal disease and invasive Hib disease. The rate is calculated as incidence per 100,000 children aged five years of age or younger.

| Incidence Rate for Preventible Childhood Diseases 1998 to 2001 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **1998** | **1999** | **2000** | **2001** |
| **Measles** | Canada | 0.3 | 0.5 | 3.7 | 0.3 |
| | PEI | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Invasive meningococcal disease** | Canada | 0.4 | 0.5 | 0.7 | 1.3 |
| | PEI | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Invasive Hib disease** | Canada | 0.8 | 0.8 | 0.4 | 0.9 |
| | PEI | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Source**: Division of Immunization and Respiratory Diseases, Health Canada | | | | | |

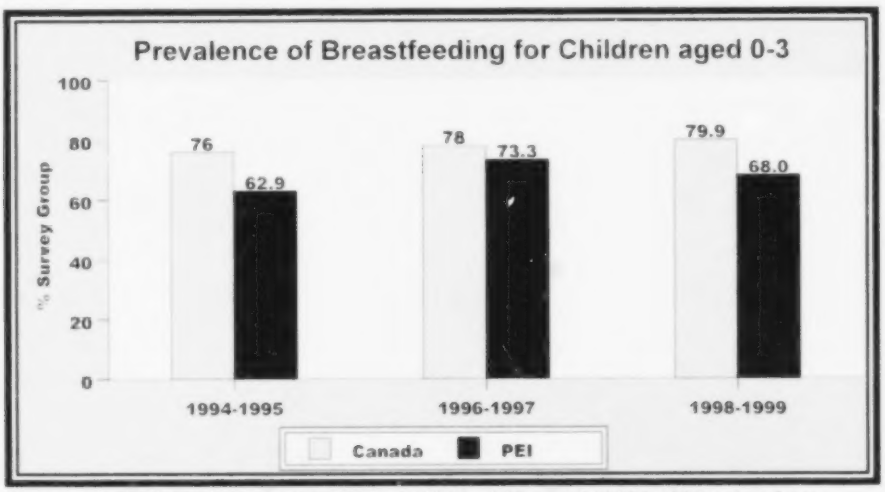
- PEI had no cases of measles, invasive meningococcal disease or Hib disease from 1998 to 2001.

**In addition**, Prince Edward Island reported only four cases of invasive Hib in the entire population from 1999 to the present.

## E. Breastfeeding

Breastfeeding is an ideal source of nutrition for babies. Breast milk contains immunoglobulins and antibodies that fight infection and as a result, breastfed babies have fewer childhood illnesses, including gastrointestinal and respiratory infections, asthma, eczema and food allergies. Breast milk protects babies from other diseases such as *otitis media*, or middle ear infection. Some research shows that breastfed children score higher on tests that measure cognitive development.

Prevalence of breastfeeding reports the proportion of children three years of age or younger who are currently or have ever been breastfed.




Source: NLSCY, Cycles 1 (1994-1995), 2 (1996-1997 and 3 (1998-1999); data from cycle 4 (2000-2001) is not yet available.

- The prevalence of breastfeeding reported among mothers surveyed in PEI was lower than the Canadian average for all three cycles.

**In addition**, for 1998-1999, PEI reported the third lowest rate of breastfeeding of all provinces and territories.

**However**, while PEI numbers are relatively low compared to the Canadian average and most other provinces in Canada, a 10-year trend for the rate of mothers who are breastfeeding at the time of hospital discharge does indicate a steady increase of approximately two per cent per year. This data is being collected by the PEI Reproductive Care Program and should be available for the next reporting cycle.

## 2. *Safety and Security*

Over the past three decades the major "external" causes of child mortality have been as a result of injury. From 1971 to 1996, researchers at Statistics Canada have charted a significant decline in the rate of these injuries which result in death. This attests to the success of a host of regulatory policy, educational and product safety improvements implemented during this period. For example, it is likely that the reduction in child deaths in motor vehicle crashes is related to changes in the design and use of seatbelts, infant seats and other safety features. Alongside a wide variety of social improvements – better vehicle safety, bicycle helmet use, school bussing, better emergency treatments for trauma as well as the strict enforcement of laws against speeding and drunk driving – there is a marked decline in the number of child deaths due to motor vehicle injuries. The mortality rate for child pedestrians hit by motor vehicles fell by almost 90 per cent between 1971 and 1996.[10]

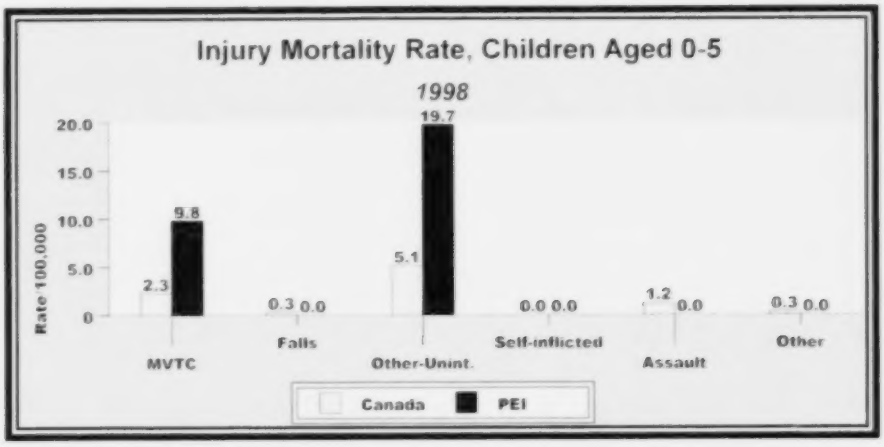
The National Longitudinal Survey on Children and Youth (NLSCY) continues to chart the injury rates for children from birth to five years of age, paying attention to whether the injury results in death or hospitalization. These rates are reported here as indicators of child safety and security.

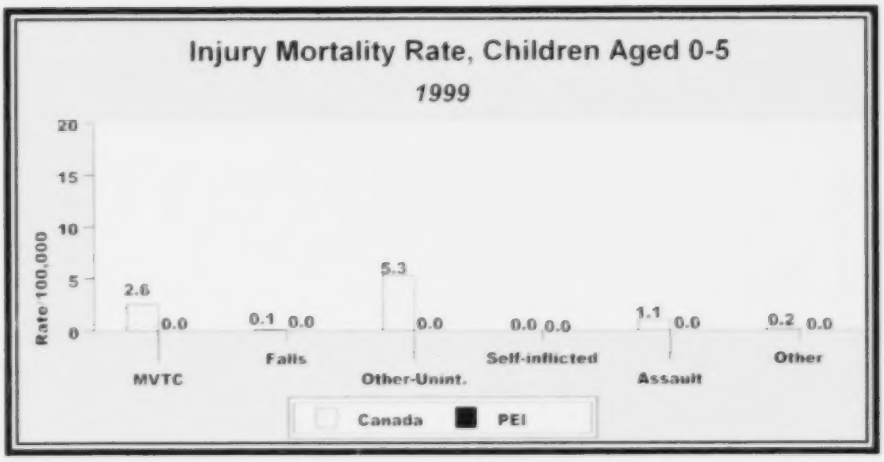
In 1998-1999, the NLSCY reported on six types of injury: motor vehicle traffic crash (MVTC), falls, other unintentional injury, self-inflicted injury, assault and other injury not included in these categories. In 2000, the NLSCY divided childhood injury into the following categories: MVTC, falls, drowning, injury by fire/flame, suffocation and assault, as well as a category for "other" injuries from different causes.

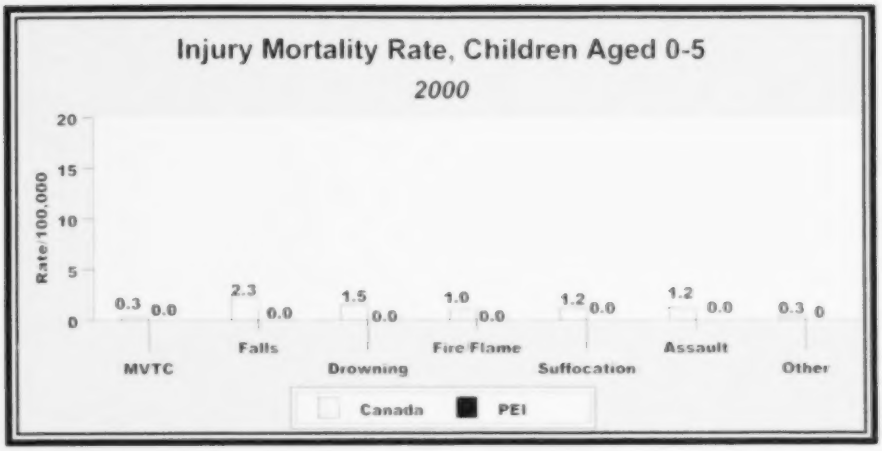
[10] *Health Status of Children.*

## A. Injury Mortality Rate

Injury mortality rate is the proportion of children from birth to five years of age who die as a result of an injury. The charts below show the reporting cycles for 1998, 1999 and 2000.






As the charts indicate:

- The injury mortality rates for Prince Edward Island children have been very low in recent years.

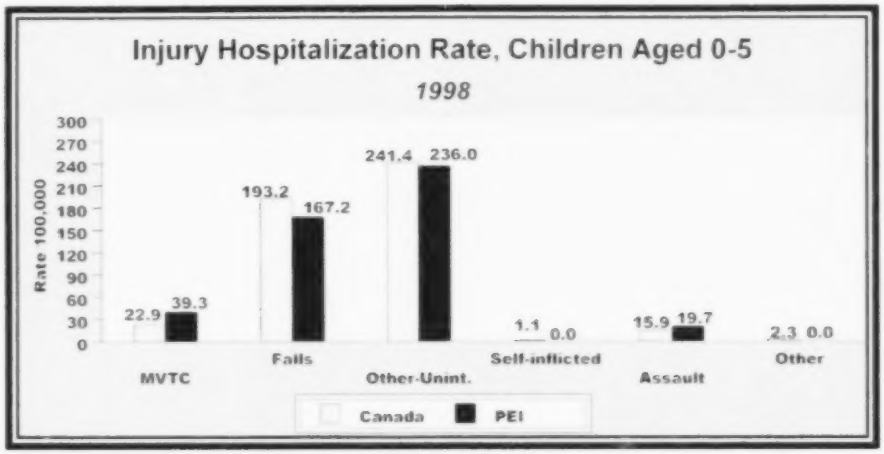
- An exception is seen in the chart for 1998, where the motor vehicle traffic crashes (MVTC) and other unintentional injuries are well above the national rate.

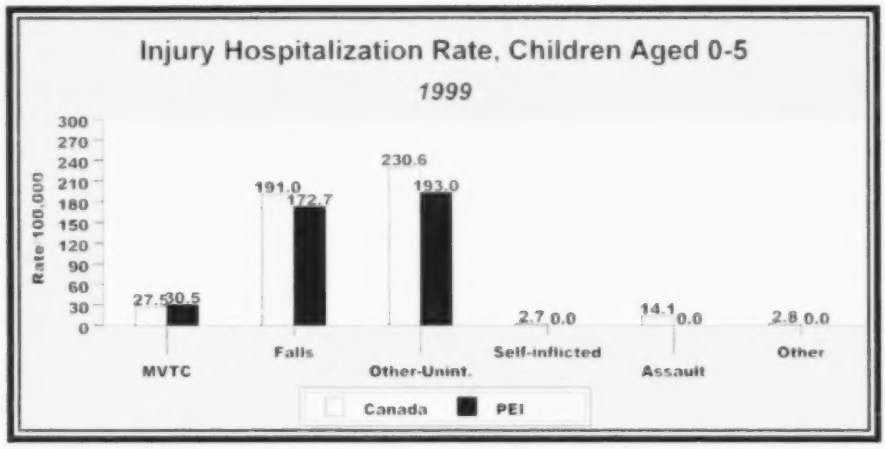
**However,** when interpreting these results, it is important to note that the small sample size on PEI means minor changes in data from year to year can cause large fluctuations in the rates.

**For instance,** the 1998 MVTC rate of 9.8 per 100,000 is the result of one death and the 19.7 rate for other unintentional is a result of two deaths.

## B. Injury Hospitalization Rate

The two charts below report the rate of children from birth to five years of age hospitalized because of injury for 1998 and 1999.




- The injury hospitalization rates in Prince Edward Island tended to be similar to the national rates, with relatively little variation from 1998 to 1999.

- Falls and other unintentional injuries are the most common causes of hospitalization for young children in Canada and in PEI.

The following chart reports the year 2000 injury hospitalization rate for children from birth to five years of age. The data from the NLSCY for 2000 is not broken down by cause of hospitalization. The rate is given per 100,000 population.

- The rate of hospitalization due to injury in PEI was lower than the Canadian average for 2000.

**In addition**, the rate of injury hospitalization reported for Island children was lowest among provinces and territories in 2000.

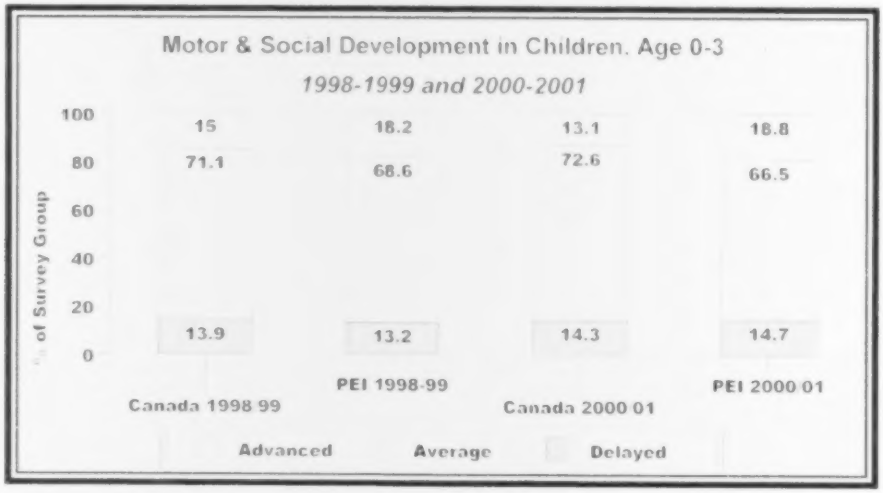
# 3. Early Development

## A. Physical Health and Motor Development[11]

### i) Motor and Social Development

In the NLSCY, the Motor and Social Development scale consists of a set of 15 questions that measure dimensions of the motor, social and cognitive development of young children from birth through three years; the questions vary by child's age. These questions are asked of the Person Most Knowledgeable (PMK) about the child, who is usually the parent or legal guardian. The questions which focused on motor skills sought answers including whether the infant could follow the movement of an object with his/her eyes, or could sit up by himself or herself. To assess social development, the researcher would ask the PMK if an infant smiled at someone when that person talked to or smiled at her or him. For a child closer to three years of age, a typical question asked was, "Has he/she ever dressed him/herself without any help except for tying shoes?"

Motor and social development from the NLSCY is reported in the chart below as a percentage of children from birth to three years of age who have delayed, average or advanced levels of development in these areas.




[11] Readers comparing this data with the reporting from previous years will note that the data recorded as valid percentages from previous reporting cycles have changed. The NLSCY recalculated statistical "weights," which are assigned to provinces based on the changing populations of children as well as the changing number of children involved in this study. In addition to this, the NLSCY has calculated new scores for the Motor and Social Development section of the Child Questionnaire. The methodology is standardized among all reporting cycles, but the reported data in this section may be slightly different from what was reported in previous years.

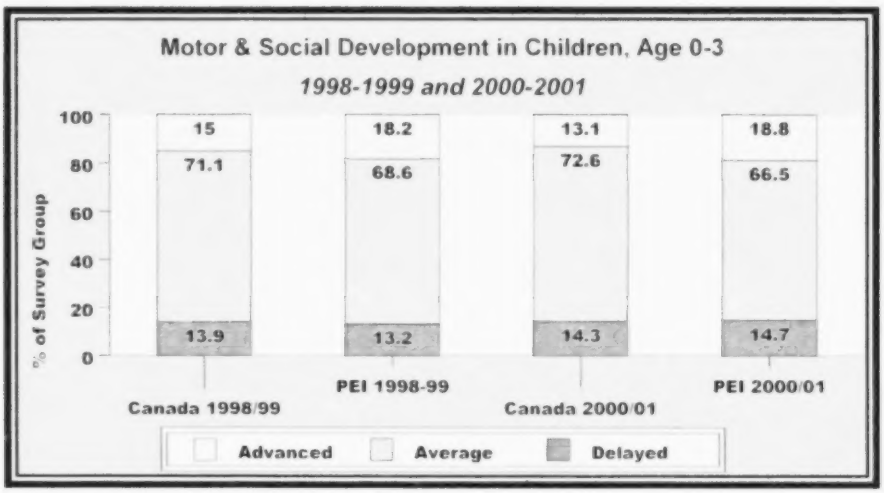
# 3. *Early Development*

## A. Physical Health and Motor Development[11]

### i) Motor and Social Development

In the NLSCY, the Motor and Social Development scale consists of a set of 15 questions that measure dimensions of the motor, social and cognitive development of young children from birth through three years; the questions vary by child's age. These questions are asked of the Person Most Knowledgeable (PMK) about the child, who is usually the parent or legal guardian. The questions which focused on motor skills sought answers including whether the infant could follow the movement of an object with his/her eyes, or could sit up by himself or herself. To assess social development, the researcher would ask the PMK if an infant smiled at someone when that person talked to or smiled at her or him. For a child closer to three years of age, a typical question asked was, "Has he/she ever dressed him/herself without any help except for tying shoes?"

Motor and social development from the NLSCY is reported in the chart below as a percentage of children from birth to three years of age who have delayed, average or advanced levels of development in these areas.




[11] Readers comparing this data with the reporting from previous years will note that the data recorded as valid percentages from previous reporting cycles have changed. The NLSCY recalculated statistical "weights," which are assigned to provinces based on the changing populations of children as well as the changing number of children involved in this study. In addition to this, the NLSCY has calculated new scores for the Motor and Social Development section of the Child Questionnaire. The methodology is standardized among all reporting cycles, but the reported data in this section may be slightly different from what was reported in previous years.

- The vast majority of Island children in this age group had an average level of motor and social development in both survey cycles.

- A similar proportion of Island children from birth to three years of age had an advanced level of motor and social development compared to the Canadian average.

- 13.2 per cent were rated as "delayed" in 1998-1099 and 14.7 per cent in 2000-2001, which is similar to the average rate for all children across Canada.

## B. Emotional Health

Emotional health indicators provide information on the rates of children aged two to five years who exhibit anxiety or hyperactivity or physical aggression. Once again, the NLSCY survey directed several questions to the PMK.

### i) Emotional Problems/Anxiety

The NLSCY captured information about children with Emotional Problems/Anxiety by using a behaviour scale. The purpose of the behaviour scales is to assess the extent of the presence/absence of certain behaviour patterns and characeristics. For example, researchers asked the PMK how often the child seemed to be unhappy or seemed depressed. They were also asked how often the child appeared worried, too fearful, nervous or had trouble enjoying him/herself. The questions associated with the behaviour scales are asked of the PMK and, like many of the findings in this indicator category, do not represent professionally diagnosed problem behaviours.

Emotional problems and/or anxiety measures from the NLSCY are reported as a percentage of children between two and five years of age who have "high" or satisfactory levels of emotional problems and/or anxiety.[12]

Source: NLSCY, Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001).

[12] Satisfactory levels are reported in the data by the term "not high".

- 16.1 per cent of Island children between the ages of two and five exhibited high levels of emotional problems and/or anxiety, which is similar to the Canadian average of 17.8 per cent.

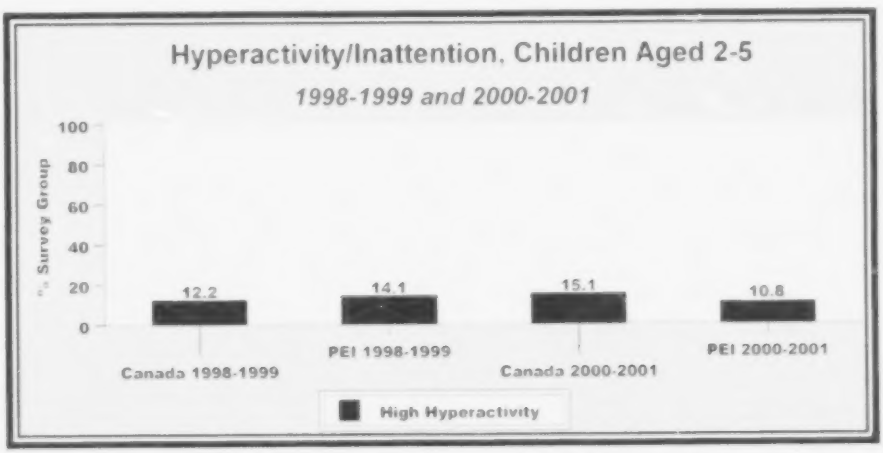
- The rate of children reported in 2000-2001 with high emotional problems had increased since the 1998-1999 cycle for both PEI and Canada.

**Note:** The rate of high emotional problems in Prince Edward Island children between the ages of two and five was the third lowest among Canadian provinces. The lowest rate reported among provinces was 13.8 per cent.

**ii) Hyperactivity/Inattention**

The NLSCY also uses behaviour scales to assess the rate of hyperactivity/inattention among children. Once again, the purpose of the behaviour scales is to assess the extent of the presence/absence of certain aspects of a child's behaviour. For example, researchers asked the PMK how often the child was restless, easily distracted, impulsive or could not concentrate, sit still or stick to any activity. As with the previous indicator, the questions associated with the behaviour scales are asked of the PMK and do not represent professionally diagnosed problem behaviours.

The indicator is reported here as a percentage of children two to five years of age who have "high" or "not high" levels of hyperactivity and/or inattention.




- 10.8 per cent of Island children aged two to five years exhibited high levels of hyperactivity and/or inattention.

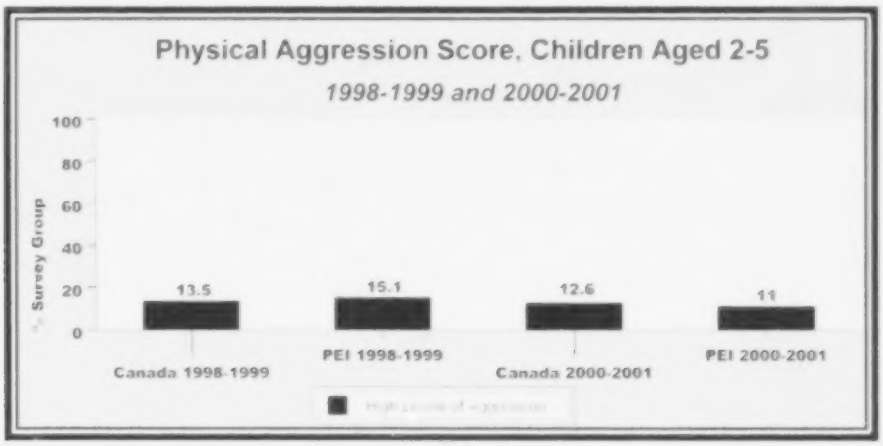
- The 2000-2001 rate for PEI was lower than the Canadian average of 15.1 per cent, and the rate had dropped by 3.3 per cent since 1998-1999.

**In addition,** for 2000-2001, the young children from the PEI sample had the lowest rate of hyperactivity/inattention among Canadian provinces.

### iii) Physical Aggression/Conduct Disorder

Physical aggression and conduct disorder is one of a number of behaviour scales examined in the NLSCY. The purpose of the behaviour scales is to assess the extent of the presence/absence of certain aspects of a child's behaviour. The questions associated with the behaviour scales are asked of the PMK and do not represent professionally diagnosed problem behaviours. For example, the PMK was asked how often the child is defiant, has difficulty awaiting turn in games, has angry moods, kicks, bites or hits other children. The PMK then indicated whether the child responded to discipline and changed such negative behaviours.

Physical aggression/conduct disorders are reported here as a percentage of children between the ages of two and five years who exhibited high levels of physical aggression, opposition and/or conduct disorder.




- 11 per cent of Island children between the ages of two and five years exhibited high levels of physical aggression, opposition and/or conduct disorder.

- This rate is similar to the Canadian average of 12.6 per cent.

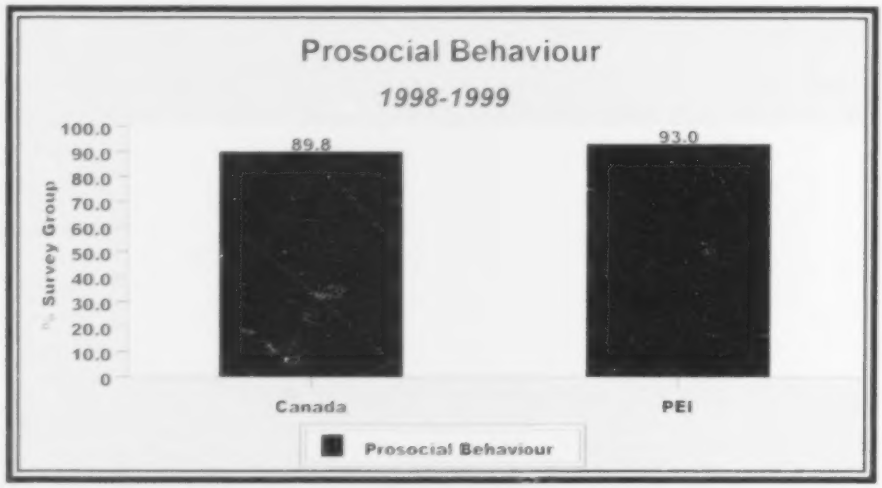
## C. Social Knowledge and Competence

Social knowledge and competence indicators provide information on the rates of children between the ages of two to five years who exhibit what NLSCY researchers termed "prosocial behaviour" in previous reporting cycles. Data was collected through the NLSCY, cycle 4 (2000-2001) by surveying the PMK. In the 2000-2001 data, the term "prosocial behaviour" was replaced by an assessment of "personal-social behaviour."

### i) Personal-social Behaviour

Personal-social behaviour is examined in the Ages and Stages questionnaire, a new tool used by the NLSCY in 2000-2001. As with all assessments of emotional health, the questions associated with the behaviour scales are asked of the PMK and do not represent professionally diagnosed problem behaviours. They are designed to examine age-appropriate personal-social behaviours, such as how cooperatively a child behaves, how concerned a child is with the welfare of others and the degree to which a child behaves in a positive manner when they are in peer groups. To capture this information from the children surveyed, researchers would ask the PMK how often the child will help another child who is hurt, sick, having difficulty with a task, or comfort a child who is crying/upset.

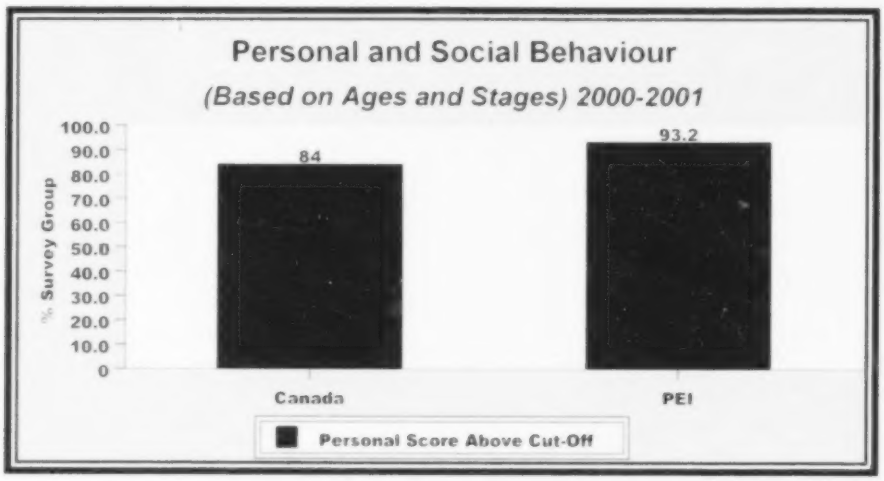
In the 1998-1999, the NLSCY established a score for prosocial behaviour. The survey assessed the behaviour of children aged two to five years.




- In this reporting period, 93 per cent of Island children aged two to five years exhibited satisfactory levels of prosocial behaviour.

- This rate was similar to the Canadian average of 89.9 per cent, and similar to rates reported in other provinces.

For the 2000-2001 data, NLSCY researchers reorganized the way the data would be collected and calculated. For this cycle, they utilized a tool called Ages and Stages. This tool established thresholds (or cut-off points) at which a child's personal and social behaviour may be categorized as "low" and of reportable concern. The following chart gives a percentage of the survey group that scored above this threshold.




- Once again, a large majority of young children on PEI achieved a satisfactory score on personal and social behaviour, above the cut-off established by Ages and Stages.

- The 2000-2001 survey of personal and social behaviour among PEI children indicates a higher rate of positive social and personal behaviour at 93.2 per cent compared to the national average of 84 per cent.

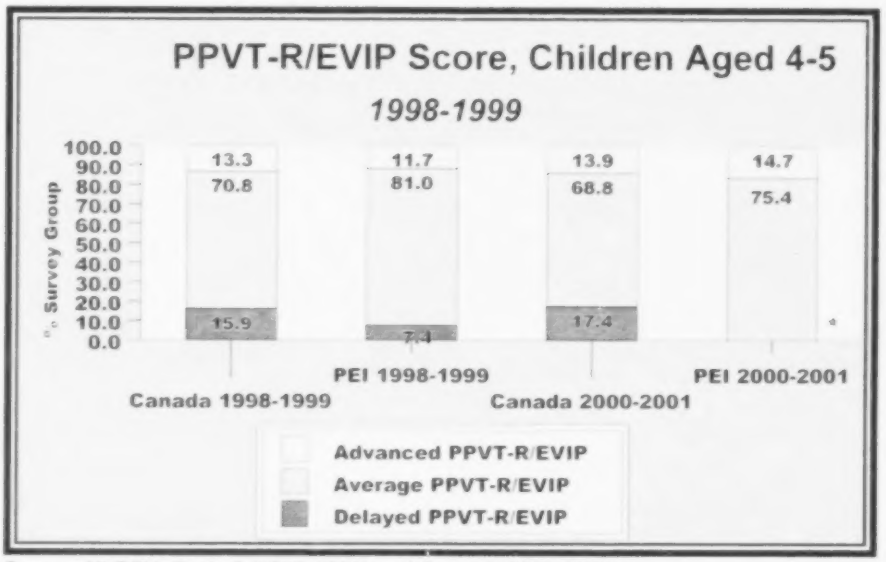
**In addition,** the percentage of Prince Edward Island children demonstrating positive personal and social behaviour measured here is the highest rate in Canada for 2000-2001.

## D. Language Skills

Cognitive learning and communication indicators provide information on receptive and hearing vocabulary skills for children ages four and five years. Data was collected through the NLSCY, cycle three (1998-1999) and cycle four (2000-2001) by directly assessing children using the Peabody Picture and Vocabulary Test – Revised (PPVT-R). The purpose of this test was to measure the degree to which the child was "school-ready."

The Peabody Picture Vocabulary Test – Revised (PPVT-R) measures a child's receptive vocabulary ability. For francophone children, a version using Canadian French is utilized, the *Échelle de vocabulaire en images Peabody* (EVIP). This test measures one facet of general intelligence – vocabulary. During this test, the examiner states a word and the child is shown a page with four line drawings. The examiner asks the child to point to the picture that matches the word.

Language skills measures from the NLSCY are reported as a percentage of children aged four to five years who had delayed, average and advanced receptive or hearing vocabulary skills as per their score on the (PPVT-R/EVIP).



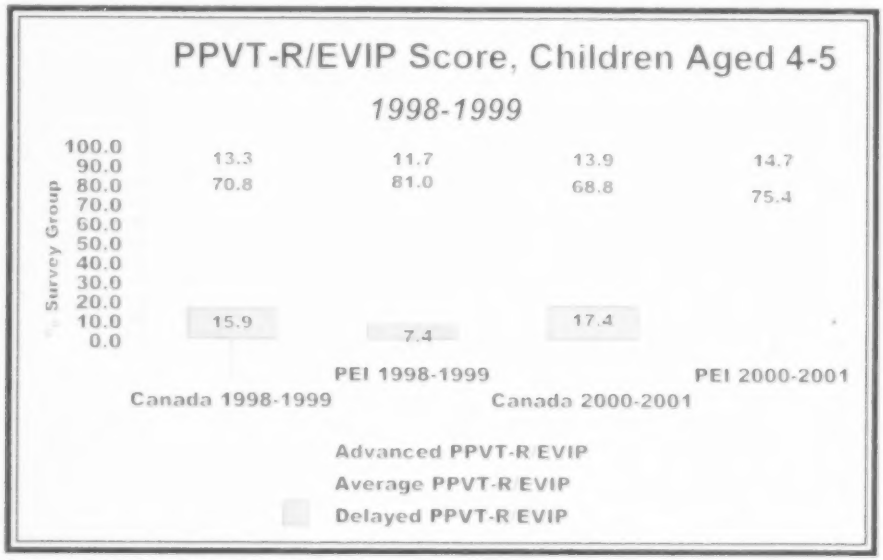

Source: NLSCY, Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001).
* This bar does not represent the total number of children sampled in PEI. The percentage of PEI children with a delayed PPVT-R is too small to calculate what statisticians call a "valid per cent" and the data is not given. See bullet three below.

## D. Language Skills

Cognitive learning and communication indicators provide information on receptive and hearing vocabulary skills for children ages four and five years. Data was collected through the NLSCY, cycle three (1998-1999) and cycle four (2000-2001) by directly assessing children using the Peabody Picture and Vocabulary Test – Revised (PPVT-R). The purpose of this test was to measure the degree to which the child was "school-ready."

The Peabody Picture Vocabulary Test – Revised (PPVT-R) measures a child's receptive vocabulary ability. For francophone children, a version using Canadian French is utilized, the *Echelle de vocabulaire en images Peabody* (EVIP). This test measures one facet of general intelligence – vocabulary. During this test, the examiner states a word and the child is shown a page with four line drawings. The examiner asks the child to point to the picture that matches the word.

Language skills measures from the NLSCY are reported as a percentage of children aged four to five years who had delayed, average and advanced receptive or hearing vocabulary skills as per their score on the (PPVT-R/EVIP).




Source: NLSCY, Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001).
* This bar does not represent the total number of children sampled in PEI. The percentage of PEI children with a delayed PPVT-R is too small to calculate what statisticians call a "valid per cent" and the data is not given. See bullet three below.

- When tested in 2000-2001, the vast majority of Island children from the age group sample had average receptive or hearing vocabulary skills.

- In 2000-2001, 14.7 per cent of children from the PEI sample displayed advanced skills, which is similar to the Canadian average of 13.9 per cent, and higher than the rate of advanced skills in 1998-1999.

- Although the small sample size precluded formal publication of the percentage of PEI children with delayed skills in 2000-2001, a rough percentage might be calculated as somewhere in the environs of 10 per cent. Although this must be interpreted with caution, the rough percentage suggests a lower rate than the Canadian average of 17.4 per cent.

# 4. *Family-related Indicators*

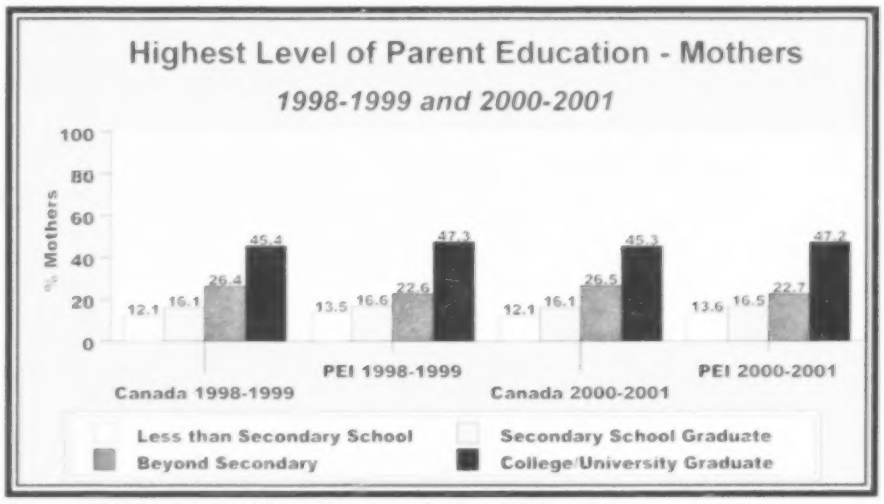
Family-related indicators refer to those measures which reflect various aspects of parental health and behaviour. The health and behaviour of parents or guardians can exert a tremendous influence on the child's own health and well-being. This NLSCY measure looks at family-related indicators to assess the degree to which a child's environment contributed to her or his developing health. There are seven family-related indicators reported here: parental education, level of income, parental depression, tobacco use during pregnancy, family functioning, positive parenting and reading by adult. All of the data for the measures reported, except level of income, was gathered through the NLSCY survey.

## A. Parental Education

The education level of parents is a particularly important aspect of socio-economic status, and hence child health. Children of parents who did not graduate from high school have almost three times the odds (2.75) of poorer perceived health than children of parents with a university diploma. And among children who experienced perceived health changes, children of parents who did not graduate from high school had greater odds of perceiving a decline in health than children of parents with university-level education.[13]

### i) Mother's Level of Education

Mother's highest level of education is defined and reported in the chart below as the highest level of education attained by the mother of children from birth to five years of age.



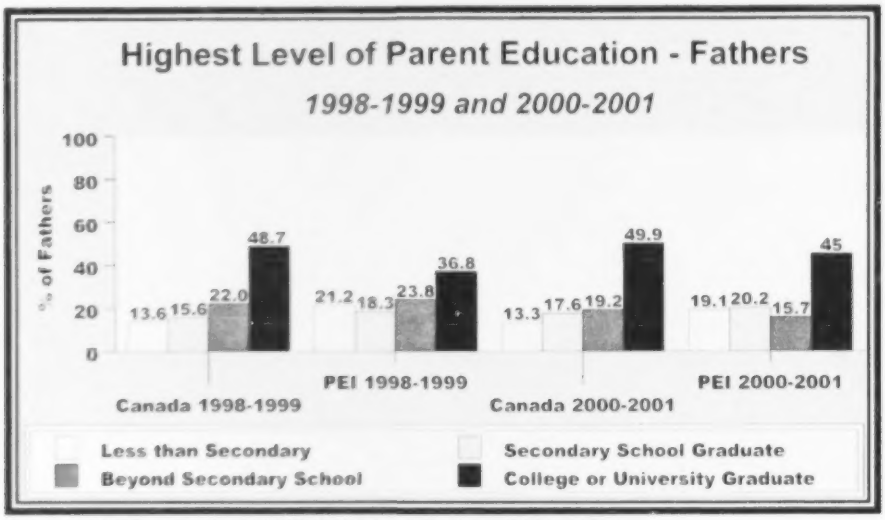

Source: NLSCY, Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001).

[13] *Health Status of Children*,32.

- The rates for different levels of education among mothers surveyed from Prince Edward Island was similar to average rates reported for Canada as a whole for both cycles.

### ii) Father's Level of Education

Father's highest level of education is defined as the highest level of education attained by the father of children from birth to five years of age.




Source: NLSCY, Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001).

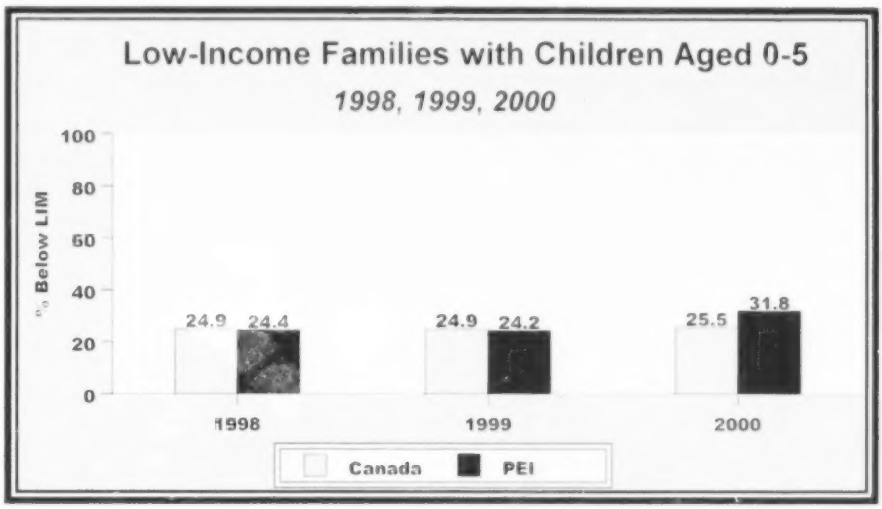
- The education level for fathers on PEI more closely resembled the Canadian averages in 2000-2001 as compared to the data from 1998-1999.

- Although the rate has improved since the 1998-1999 cycle, PEI still shows a lower rate of Island fathers having completed high school than for all of Canada, and as compared to Island mothers.

- Although the number has improved since the 1998-1999 cycle, PEI still shows a lower rate of Island fathers having graduated from college or university when compared to the Canadian average, and when compared to the average for Island mothers.

## B. Level of Income

Level of income is a socio-economic factor which NLSCY researchers have determined contributes to a child's health. As part of this research to assess socio-economic status, the NLSCY uses the Post-tax Low-income Measure (LIM). The LIM is a relative measure based on and calculated from median after-tax incomes in Canada. The LIM is equal to half or less of the median after-tax income (the total income after tax at which half of families fall above and half of families fall below) adjusted for family size (number of adults and children). This indicator reflects the proportion of children from birth to five years of age living below the post-tax LIM.

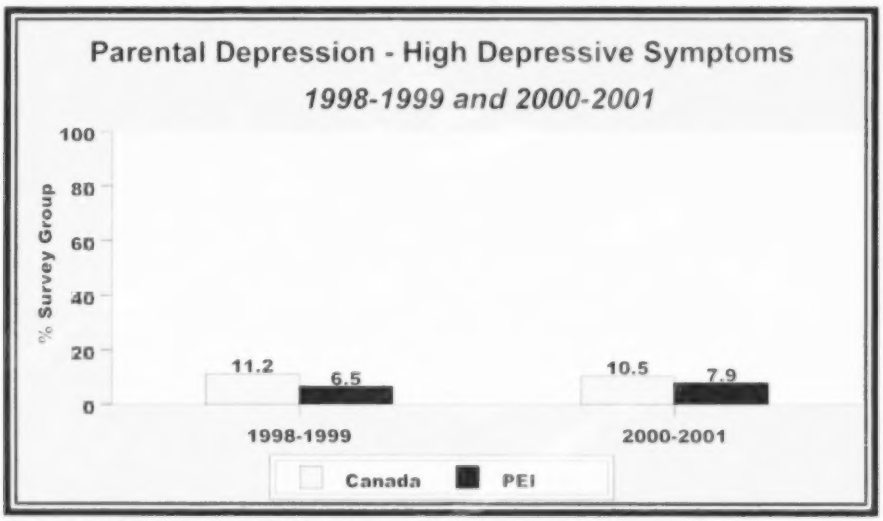



- For 1998, 1999 and 2000, approximately one-quarter of Island children from birth to five years of age were living below the low-income measure.
- These rates are similar to the Canadian average.

**Note:** The LIM does not reflect geographic differences in living costs across Canada.

## C. Parental Health – Depression

Parental depression data is gathered through a parental survey. The depression scale in the NLSCY represents a condensed version of the Statistics Canada Depression Rating Scale (CES-D). This scale measures the occurrence and severity of symptoms associated with depression among surveyed parents/guardians of young children and does not represent the occurrence of *clinically diagnosed* depression. In order to gauge these behaviours, researchers asked a wide variety of questions, such as how often respondents felt "blue" or if they felt hopeful about the future. Other questions measured depressive symptoms in a less obvious manner, posing questions about appetite, whether they had trouble focussing on activities and if it seemed like "everything [they] did was an effort." The chart below shows the rate of children from birth to five years of age whose PMK exhibited high symptoms of depression.



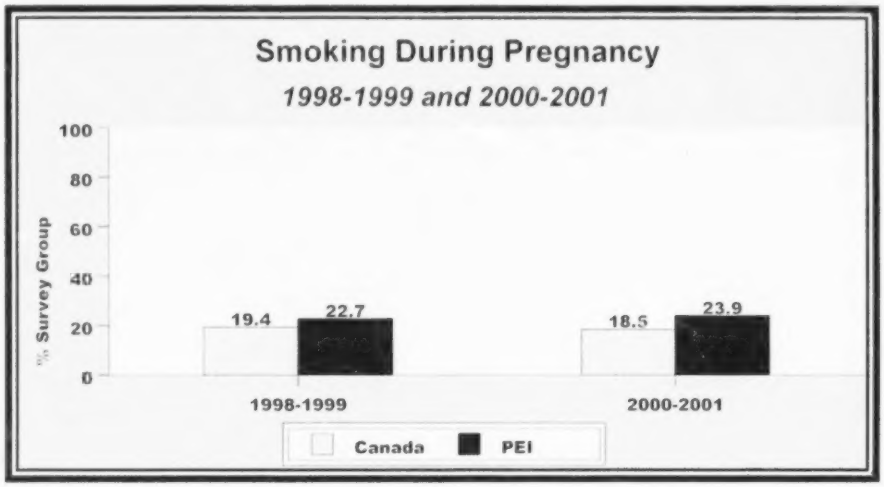

Source: NLSCY, Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001).

- These results indicate that, for both reporting cycles, a very low rate of Island children from birth to five years of age lived with a parent or guardian who reported a high level of depression-like behaviours.

## D. Parental Health – Tobacco Use During Pregnancy

Smoking during pregnancy data was collected through the NLSCY which collected information from mothers who had given birth during the previous year.

The chart below reflects the proportion of children aged one year or younger whose mother smoked during her pregnancy with the child, during two reporting cycles.




- Both the 1998-1999 and 2000-2001 reporting cycles found that about one in four Island children aged one year or younger were born to mothers who smoked during pregnancy.

- This rate for PEI was higher than the Canadian average reported in both cycles.

Since 1992-1993, the PEI Reproductive Care Program has assessed the rate of women who smoked around the time of the birth of their children. Data from 1997 to the year 2000 has captured smoking habits of the great majority of pregnant mothers on Prince Edward Island for those years. Since smoking is related to low birthweight, the findings of this initiative are presented as part of this report on child wellness. They are presented below as the percentage of new mothers in each age group who smoked regularly around the time of delivery.

| Maternal Smoking at Delivery by Age Group | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Age Group** | **1997** | **1998** | **1999** | **2000** |
| **<20 years** | 47.2% | 51.4% | 58% | 44.9% |
| **20-24** | 37.5% | 42% | 37.6% | 43.2% |
| **25-29** | 22.4% | 24.2% | 21.1% | 21.6% |
| **30-34** | 19.6% | 19.2% | 13% | 13.5% |
| **35 +** | 17.7% | 21.3% | 21.9% | 17.7% |

- Almost half of teenage mothers who delivered between 1997 and 2000 were smoking at the time of delivery.
- There is a high rate of smoking among younger age groups of women who gave birth, especially those under the age of 25.
- The lowest rate of smoking at the time of delivery was found among women in their 30s.

*What is the impact of smoking at the time of delivery?*

The Reproductive Care Program has also been actively collecting data to assess the impact of smoking on birthweight. This data is offered in the table below, presented as the percentage of low birthweight babies born to women who were smokers and who were non-smokers from 1997 to 2000.

| Low Birthweight Rates ( ≥ 500 grams and < 2,500 grams) and Smoking 1997-2000 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **1997** | **1998** | **1999** | **2000** |
| **Non-smoker** | 4.0% | 4.1% | 4.0% | 3.8% |
| **Smoker** | 9.4% | 6.1% | 9.4% | 5.9% |

- The above data shows that women who smoke during pregnancy almost double their chances of having a baby with a low birthweight.

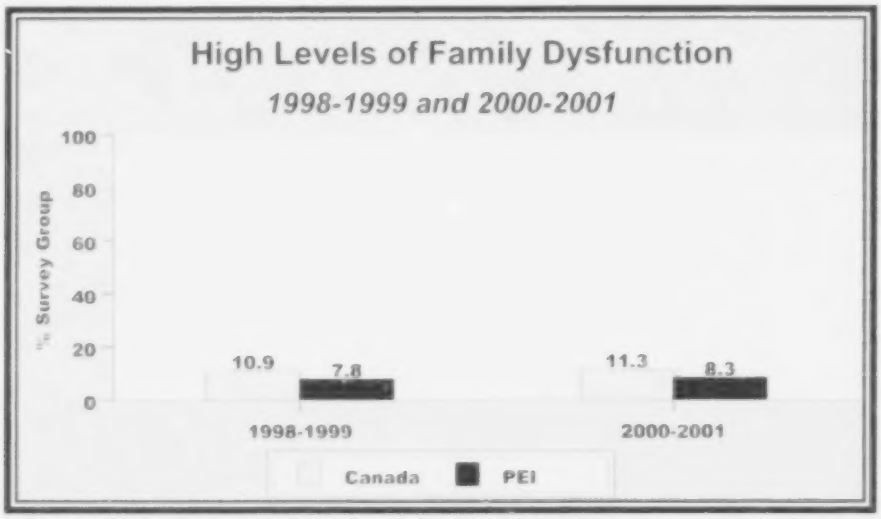
**Note:** The data above shows some fluctuation in the rate of smokers who have low birthweight babies. Fluctuations such as these will occur among years because even a four-year sample must be considered preliminary. Collecting data on Prince Edward Island necessarily means using a small sample size, and even minor changes in numbers result in large-seeming fluctuations in rates and percentages.

**Therefore,** data captured over a decade will more accurately reveal the Prince Edward Island trends and allow for a better-informed discussion on the link between tobacco use and this indicator of infant health in our society.

## E. Family Functioning

Family functioning data was gathered from the NLSCY using the family functioning scale which provided a global assessment of family functioning around things such as problem-solving, communication, roles, affective involvement, affective responsiveness and behaviour control. Overall, it indicates the quality of relationships between family members. As noted for other indicators in this report, the scale does not reflect clinical diagnoses.

This indicator reflects the proportion of families with high levels of dysfunction, where the families include children five years of age and under.




Source: NLSCY, Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001).

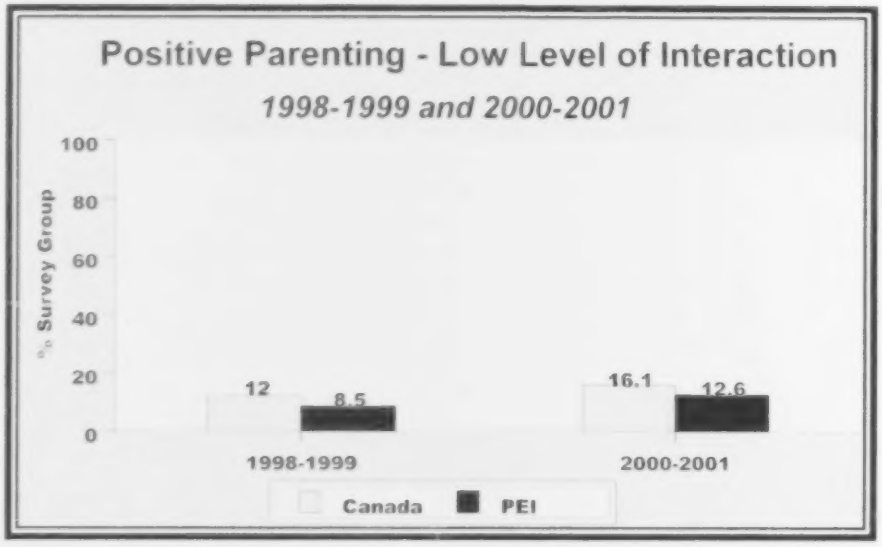
- For both cycles, approximately eight per cent of Island families reported having a high level of dysfunction.
- This rate is below the Canadian average.

**Note:** For both reporting cycles, Prince Edward Island reported the lowest rate of high family dysfunction among all provinces.

## F. Positive Parenting

Positive interaction is a parenting style that is captured in the NLSCY using the parenting scale to measure certain parental behaviours.

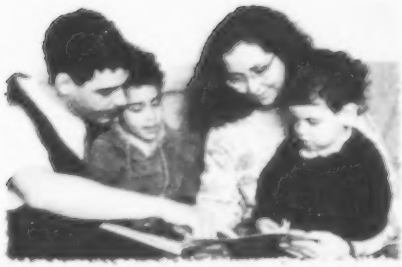
The chart below reflects the proportion of children from birth to five years of age whose parents exhibit a low level of what researchers assessed as positive interaction with the child. Reseachers asked the PMK how often they praised the child in proportion to how much they criticized or disciplined the child. They also asked how often the PMK and the child played together, focused attention on each other for five minutes or more and laughed together. Other questions are asked to assess the application and effectiveness of discipline in a child's family. Questions meant to gauge these kinds of interaction typically asked the PMK how often they felt they had trouble "managing the child in general," whether the child could "get out of" punishment, or if the PMK had to discipline the child repeatedly for the same thing. They were asked questions about how often they raised their voice, scolded the child or calmly discussed problems regarding the child's behaviour.




- Very few Island children surveyed by the NLSCY have a low level of interaction with their parent, and this rate is below the rate for Canada.
- The percentages of children on PEI and in Canada who experience a low level of interaction with their parent have risen since the last reporting cycle.

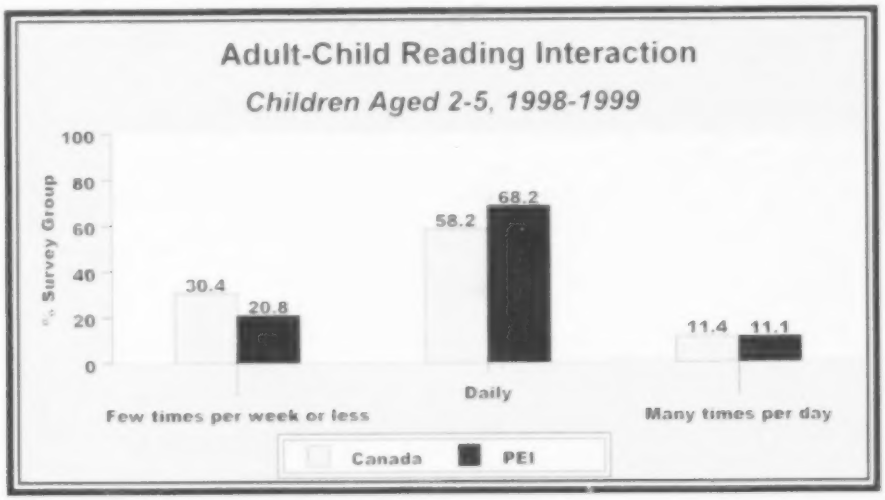
**Note:** For the 2000-2001 data, PEI scores in the "middle," fifth out of 10 provinces for this indicator. Whereas in 1998-1999, the Island had the third best placing among provinces regarding parent-young child interaction.

## G. Reading by Adult



"Reading by adult" refers to the child's exposure to reading activities with a parent or another adult (and therefore should not be interpreted to refer specifically to parent-child interactions).

In 1998-1999, the indicator was designed to reflect how often an adult reads to the child or listens to the child read. The age group surveyed was children aged two to five years.

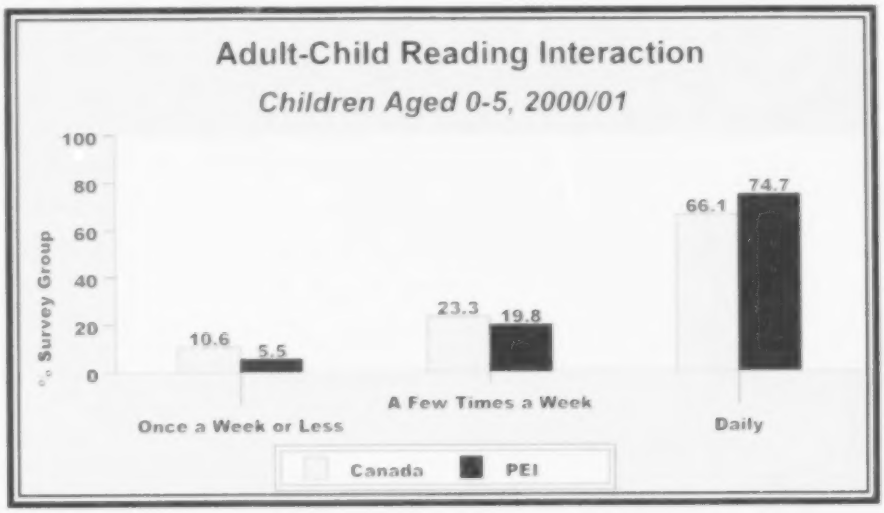



- In 1998-1999, the survey revealed that close to 70 per cent of Island children aged two to five years of age were read to, or were able to read to an adult, on a daily basis.

- These results for 1998-1999 indicate that only about one in 10 children were read to multiple times in a day for both PEI and across Canada.

The second survey conducted in 2000-2001 included children from birth to five years of age, and framed the questions somewhat differently.

For this reporting cycle, researchers captured the rates of reading interaction at intervals of once per week, a few times a week or daily. The questions which sought to capture reading interaction many times per day were dropped.




- In both cycles, the rate of daily reading interaction is higher than the Canadian average.

# 5. *Community-related Indicators*

This section focuses on the child's neighbourhood, seen here as not only a geographical unit, but as a dynamic environment that exerts many influences upon its residents, particularly children. There are many factors within a neighbourhood that can affect a child's health and well-being. Neighbourhood influences can be socio-economic as in the rate of lone-parent families or levels of financial support. This can refer to physical factors, such as general neighbourhood cleanliness or the conditions of buildings. It can also refer to psychological factors, such as the cohesiveness felt between and among those living in the community or the sense of safety a child feels in the community and when among neighbours.

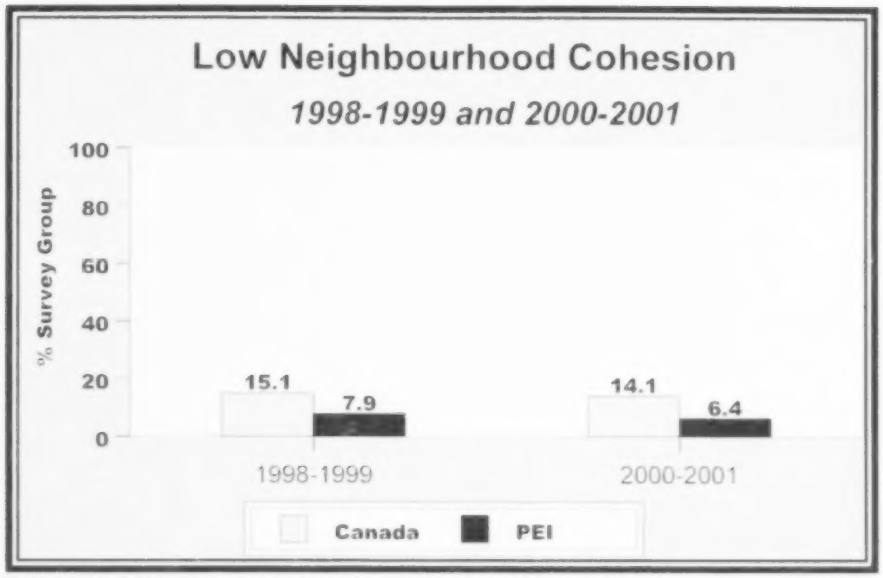
## A. Neighbourhood Satisfaction, Safety and Cohesion

Information from the NLSCY on neighbourhood cohesion is presented below as well as two indicators which assess socio-economic risks and physical conditions in neighbourhoods.

### i) Neighbourhood Cohesion

Neighbourhood Cohesion data was gathered from the NLSCY survey using the neighbourhood scale to assess the presence or absence of certain neighbourhood characteristics. For example, researchers asked parents about the social unity of the child's neighbourhood, the availability of professional guidance and supports from spiritual or religious leaders and communities. They also asked questions about whether the family had family and friends who help them and their children feel safe, secure and happy.

This indicator reflects the proportion of children from birth to five years of age whose neighbourhoods are characterized by lower levels of social cohesion.




Source: NLSCY, Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001).

- A very low rate of respondents on Prince Edward Island ranked their community as having a low level of neighbourhood cohesion.

- The perception of low neighbourhood cohesion among PEI parents is about half the rate of that reported in the Canadian average in both years surveyed.

**In addition,** among all provinces, Prince Edward Island families with young children reported the fewest concerns about low neighbourhood cohesion in 2000-2001.

### ii) Neighbour Safety Score

For 2000-2001, the NLSCY expanded its assessment of how safe communities are for children by introducing the Neighbour Safety Score as an indicator of child well-being. Researchers accomplished this by expanding the neighbourhood cohesion questionnaire to capture specific information on neighbour relations. For instance, they asked the study participants whether the adults in the neighbourhood are people that children can look up to. They asked if neighours in their areas were willing to help each other out, and whether they felt their neighbours would "keep their eyes open for possible trouble" if they were away from home.

The following indicator reflects the answers by showing the number of respondents who depicted "low neighbour safety" in their communities.

- A lower rate of Prince Edward Island families surveyed ranked their communities with a low neighbour safety score than the Canadian average.

**In addition,** out of all provinces, Prince Edward Island reported the second-best score for neighbour safety. The province with the fewest reported a rate of 14.6 per cent.

# Technical Notes to the Indicators

## *1. Physical Health*

### A. Infant Mortality

Infant Mortality is one of the 11 common indicators and fulfils the Early Child Development communiqué reporting commitment. The data provided here is for 1980 to 2000.

**Source**: Canadian Vital Statistics – Birth Database (Statistics Canada); Mortality, Summary List of Causes (Statistics Canada).

**Exclusions**: Births with unknown gestational age and gestational age less than 20 weeks; births to non-Canadian residents.

The data for this indicator is derived from provincial and territorial vital statistics registries. The data also includes deaths of Canadian residents occurring in the United States.

### B. Pre-Term Birthweight

**Source**: Canadian Vital Statistics – Birth Database (Statistics Canada); Mortality, Summary List of Causes (Statistics Canada).

**Exclusions**: Births with unknown gestational age and gestational age less than 20 weeks; births to non-Canadian residents.

For the 2000 information, Statistics Canada reports data quality concerns regarding Ontario data.

## C. Healthy Birthweight

Low birthweight and high birthweight are two of the 11 common indicators and fulfils the Early Child Development communiqué reporting commitment. The data presented here includes the same time frame as the 2000/2001 NLSCY cycle 4 data for many of the other child well-being indicators.

**Source:** Canadian Vital Statistics – Birth Database (Statistics Canada)

The low birthweight rate = (number of live births weighing < 2,500g/number of all live births) * 100.

**Note:** For low birthweight rates, weights <500 grams are included.

**Exclusions:** Births with unknown birth weight; births to non-Canadian residents.

The data for this indicator is derived from provincial and territorial statistics registries. The form for the registration of a live birth is typically completed by the parent, who is responsible for filing it with the local or provincial/territorial registrar. In most provinces, the physician or birth attendant must also file a "Notice of Birth" with the local or provincial/territorial registrar.

## D. Immunization

Immunization is one of the 11 common indicators and fulfils the Early Child Development communiqué reporting commitment.

**Source:** Division of Immunization and Respiratory Diseases, Health Canada

## E. Breastfeeding

**Source**: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycles 1, 2 and 3 (1994/95, 1996/97, 1998-1999), Parent Questionnaire.

**Exclusions**: Children living in the territories; children living on reserve; children living in institutions.

**Note:** Data from Prince Edward Island, Cycle 2 (1996/1997, had a coefficient of variation from 16% to 33.3%. This means the sample size was relatively small, which sometimes results in fluctuations in the rate from year to year, and NLSCY recommends interpreting the data with caution.

# 2. *Safety and Security*

## A. Injury Mortality

**Source**: Canadian Vital Statistics (Statistics Canada) – Mortality, Summary List of Causes, 1998, 1999, 2000.

**Exclusions**: Non-Canadian residents.

## B. Injury Hospitalization

**Source**: This data is managed by Canadian Institute for Health Information (CIHI) – hospital records. However, it remains the property of the respective hospital.

**Note**: Data for 1998 refers to the 1998-1999 fiscal year and data for 1999 refers to 1999-2000.

# 3. *Early Development*

## A. Physical Health and Motor Development

Motor and social development is one of the 11 common indicators and fulfils the Early Child Development communiqué reporting commitment.

**Source**: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001), Parent Questionnaire.

**Exclusions**: Children living in the territories; children living on reserve; children living in institutions.

## B. Emotional Health

Emotional problems/anxiety, Hyperactivity – Inattention and Physical Aggression/Conduct disorder are three of the 11 common indicators and the data presentation and analysis fulfills the Early Child Development communiqué reporting commitment.

**Source**: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001), Parent Questionnaires; data presented is weighted; data based on provinces only.

**Exclusions**: Children living in the territories; children living on reserve; children living in institutions.

## C. Social Knowledge and Competence

### i. Personal-Social Behaviour

Personal-social behaviour is one of the 11 common indicators (assessed and referred-to in previous reporting as "prosocial behaviour") and fulfils the Early Child Development communiqué reporting commitment.

The Personal-Social Behaviour "cut-off" was established by taking the scale score that is one standard deviation below the mean based on cycle 4 data for children in all provinces.

**Source**: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001), Parent Questionnaire/Ages and Stages Questionaire.

**Exclusions**: Children living in the territories; children living on reserve; children living in institutions; children age four to five for whom the PMK did not provide consent for the PPVT-R to be administered.

**Note**: The personal score below the cut-off for cycle 2000-2001 is categorized as unacceptable data quality and the data has been suppressed.

### D. Language Skills

Language skills comprise one of the 11 common indicators and fulfils the Early Child Development communiqué reporting commitment.

**Source**: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001), Peabody Picture and Vocabulary Test – Revised (PPVT-R).

**Exclusions**: Children living in the territories; children living on reserve; children living in institutions.

## *4. Family-Related Indicators*

### A. Parental Education

**Source**: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001), Parent Questionnaire.

**Exclusions**: Children whose PMK (or spouse of the PMK) is not a biological, step, adoptive or foster father; children living in the territories; children living on reserve; children living in institutions.

### B. Level of Income

**Source**: (Statistics Canada – Longitudinal Administrative Databank (LAD).

**Exclusions**: Non-taxfilers.

**Note**: The data presented shows the percentage of families below the after-tax LIM.

### C. Parental Health – Depression

**Source**: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998-1999), Parent Questionnaire; data presented is weighted; data based on provinces only.

Exclusions: Children living in the territories; children living on reserve; children living in institutions.

## D. Parental Health – Tobacco Use During Pregnancy

**Source**: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001), Parent Questionnaire; data presented is weighted; data based on provinces only.

**Exclusions**: Children age two to five; children living in the territories; children living on reserve; children living in institutions.

## E. Family Functioning

**Source**: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001), Parent Questionnaire; data presented is weighted, data based on provinces only.

**Exclusions**: Children living in the territories; children living on reserve; children living in institutions.

## F. Positive Parenting

**Source**: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001), Parent Questionnaire; data presented is weighted; data based on provinces only.

**Exclusions**: Children living in the territories; children living on reserve; children living in institutions.

## G. Reading by Adult

**Source**: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001), Parent Questionnaire; data presented is weighted; data based on provinces only.

**Exclusions**: Children age zero to one, children living in the territories; children living on reserve; children living in institutions.

**Note:** The data for cycle 4, "Once a week or less" is of a small sample size that Statistics Canada labels of "marginal" quality. Not designed for small sample sizes, their methodology requires appending the qualifier: "while this estimate meets Statistics Canada's quality standards, there is a high level of error associated with it."

# 5. *Community-Related Indicators*

## A. Neighbourhood Satisfaction, Safety and Cohesion

### i. Neighbourhood Cohesion

**Source:** NLSCY, Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001), Master File, Parent's Questionnaire; data presented is weighted; data based on provinces only.

**Exclusions**: Children living in the territories; children living on reserve; children living in institutions.

### ii. Neighbour Safety Score

**Source:** NLSCY, Cycle 3 (1998-1999) and Cycle 4 (2000-2001), Master File, Parent's Questionnaire; data presented is weighted; data based on provinces only.

**Exclusions**: Children living in the territories; children living on reserve; children living in institutions.

# Children's Working Group

The Children's Working Group reaches a number of community and government organizations including the following:

Association for Community Living
Atlantic Network for Injury Prevention
Boys and Girls Club of PEI
Cap enfants Family Resource Centre
Carousel Family Resource Centre
CHANCES Family Resource Centre
Charlottetown City Police
Community Mental Health
Community Legal Information Association
Early Childhood Care and Education – Holland College
Early Childhood Development Association
East Prince Health Region
Eastern School Board
Evangeline Community Health Centre
Fédération des parents de l'Île-du-Prince-Édouard
Four Neighbourhoods Community Health Centre
French School Board
Health Canada
Heart and Stroke Foundation
Human Resources Development Canada
IODE
Kids West Family Resource Centre
Kids 'R First Family Resource Centre
Kings Health Region
Kiwanis Club
Laubach Literary Council
Learning and Reading Partners
Lend A Hand Family Resource Centre
Mi'kmaq Family Resource Centre
PEI Active Living Alliance
PEI Association of Police Chiefs
PEI Bike Helmet Coalition
PEI Breastfeeding Coalition
PEI Cancer Society
PEI Council of the Disabled
PEI Home and School Federation
PEI Literacy Alliance
PEI Literacy Secretariat
PEI Lung Association
PEI Multicultural Council
PEI Newcomers' Association
PEI Recreation and Facilities Association
PEI Red Cross Society
PEI Teacher's Federation
PEI Tobacco Reduction Alliance
PEI Transition House Association
Premier's Action Committee on Family Violence
Prevention
Queens Health Region
RCMP
Richmond Centre
Scouts Canada
Société Saint-Thomas-d'Aquin
Southern Kings Community Health Centre
Sport PEI
University of Prince Edward Island
West Prince Health Region
Western School Board

Île-du-Prince-Édouard
CANADA

*Conseil du premier ministre sur le développement de l'enfant en santé*

# Rapport annuel sur les enfants 2002-2003

Prince Edward Island CANADA
Premier's Council on Healthy Child Development
16 Garfield Street
PO Box 2000, Charlottetown, PE Canada C1A 7N8

Conseil du premier ministre sur le développement salutaire de la petite enfance
Île-du-Prince-Édouard CANADA
16, rue Garfield
C.P. 2000, Charlottetown, Î.-P.-É. Canada C1A 7N8

Le 21 juillet 2004

Premier ministre Patrick G. Binns
Province de l'Île-du-Prince-Édouard

Monsieur le premier ministre,

Au nom du Conseil du premier ministre sur le développement de l'enfant en santé, je suis très heureux de vous présenter le Rapport annuel sur les enfants 2002-2003. Il s'agit de notre troisième rapport annuel qui fait état des nombreuses activités à l'intention des jeunes enfants et de leur famille.

Ce rapport se divise en quatre sections. La première donne un aperçu et quelques grandes lignes des nombreuses activités visant les jeunes enfants de l'Î.-P.-É. Les deux sections suivantes fournissent des renseignements sur des ententes fédérales et provinciales appuyant les enfants et les familles et décrivent les investissements effectués à l'Î.-P.-É. La dernière section présente des indicateurs, nous démontrant le niveau des enfants dans diverses mesures de développement ainsi que de vie familiale et communautaire, ce qui appuie de façon importante le développement de l'enfant en santé.

Notre conseil est très impressionné par l'engagement des Insulaires envers les jeunes enfants. Nous félicitons le gouvernement pour ses efforts de vouloir faire de l'Î.-P.-É. un excellent endroit pour les enfants et les familles. Nous vous encourageons à continuer à appuyer cette bonne cause.

David.

Dr David Wong
Président
Conseil du premier ministre sur le développement de l'enfant en santé

# Troisième rapport annuel sur les enfants

# 2002-2003

Préparé par le Secrétariat à l'enfance pour le
Conseil du premier ministre sur le développement de l'enfant en santé

Juillet 2004

Images gracieusement fournies par Santé Canada
Source : Site Web et Galerie de photos de la salle des médias, Santé Canada
***http://www.hc-sc.gc.ca***
Reproduites avec la permission du ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2004

# Notre vision

Les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard se développeront bien dans une atmosphère d'amour, d'affection et de compréhension. Ils seront appréciés comme individus durant l'enfance et on suscitera l'espoir et la fierté en eux et en notre Île, ainsi que des occasions de se réaliser pleinement comme adultes.

Respectés et protégés, les enfants de l'Île respecteront et protégeront les droits d'autrui. Valorisés, réconfortés et aimés, ils deviendront capables en grandissant de contribuer à une société qui reconnaît la littératie et la diversité, qui soutient les moins doués et qui partage ses ressources.

Si on leur donne la chance de développer pleinement leurs capacités physiques, créatrices, intellectuelles, affectives, sociales et spirituelles, les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard deviendront les parents accomplis et enthousiastes, les aidants naturels, les travailleurs et les citoyens de demain.

*...Pour nos enfants : une Stratégie de développement de l'enfant en santé*

# Table des matières


Contexte ..... 1

I. Pour nos enfants... une Stratégie de développement de l'enfant en santé ..... 3

II. Initiative de développement de la petite enfance ..... 15

III. Apprentissage et garde des jeunes enfants ..... 27

IV. Indicateurs du mieux-être des enfants ..... 41

Annexe 1 : Notes techniques sur les indicateurs ..... 79

Annexe 2 : Groupe de travail sur les enfants ..... 86

# Contexte

Les recherches confirment ce que les parents ont toujours su : les enfants qui ont un sain départ dans la vie deviennent des adultes affectueux et plein de sollicitude. Les enfants représentent l'avenir. Pour créer une société et une économie saines et dynamiques, il nous incombe d'optimiser le développement de nos enfants.

À l'Île-du-Prince-Édouard, on reconnaît et apprécie de plus en plus l'incidence durable et importante des expériences de la petite enfance. Les familles, les collectivités, les organismes, les gouvernements et les entreprises s'efforcent de soutenir les jeunes enfants et leur famille par l'intermédiaire d'un large éventail d'activités. Le Rapport annuel sur les enfants 2002-2003 fournit des renseignements sur certains de ces efforts quotidiens.

Le ***Conseil du premier ministre sur le développement de l'enfant en santé*** est un groupe d'Insulaires qui conseillent le premier ministre sur des questions touchant les enfants de l'Île. Les membres du conseil représentent la diversité de la population de l'Île. On les nomme selon leurs forces et savoir-faire individuels relativement à des questions liées au développement de l'enfant en santé, de la période prénatale aux premières années scolaires.

Chaque année, le conseil se sert du Rapport annuel sur les enfants pour communiquer aux Insulaires les nombreuses façons dont on traite des questions touchant les enfants à l'Île-du-Prince-Édouard. Le rapport annuel contient aussi des renseignements sur la Stratégie de développement de l'enfant en santé et ses partenaires, sur les ententes fédérales-provinciales axées sur les enfants et sur les indicateurs du mieux-être de ces derniers.

# I. *Pour nos enfants... une Stratégie de développement de l'enfant en santé*

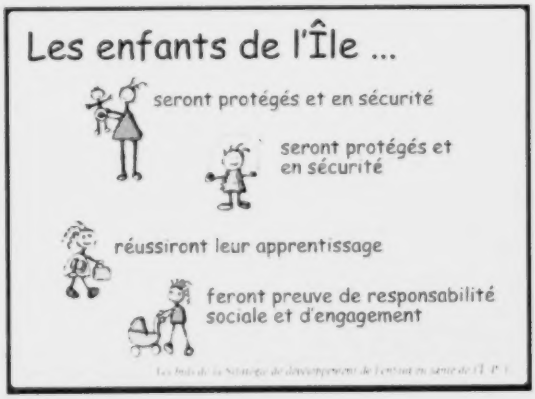
Une stratégie de développement de l'enfant en santé a été présentée au premier ministre à l'automne 2001. Élaborée par l'intermédiaire d'un long processus de consultation communautaire, la stratégie met l'accent sur l'amélioration des résultats chez les enfants, de la période prénatale à l'âge de huit ans.

La stratégie vise à faire en sorte que tous les enfants de l'Île :

- ***soient protégés et en sécurité*** – les besoins fondamentaux des enfants (nourriture, foyer, vêtements et environnement physique sans danger) seront satisfaits et ceux-ci seront protégés contre les agressions, la négligence, la discrimination, l'exploitation et le danger;

- ***jouiront d'une bonne santé*** – les enfants seront en aussi bonne santé physique, affective et spirituelle que possible, et ils posséderont une forte estime de soi, de bonnes habiletés d'adaptation et beaucoup d'enthousiasme;

- ***réussissent leur apprentissage*** – les enfants auront la possibilité de s'épanouir pleinement sur les plans physique, social et artistique; ils pourront apprendre à s'exprimer, à lire, écrire et compter et à acquérir les connaissances générales nécessaires pour réussir le passage à l'âge adulte;




- ***fassent preuve de responsabilité sociale et d'engagement*** – les enfants recevront de l'aide pour créer des liens stables avec des adultes qui offrent du soutien, notamment des relations de soutien fortes à l'intérieur et à l'extérieur de leur famille, et ils seront encouragés à développer une compréhension des droits et des obligations rattachés à l'appartenance à une vaste communauté, et à comprendre les conséquences de leurs choix.

La Stratégie de développement de l'enfant en santé atteste de notre rôle collectif consistant à aider les enfants à atteindre ces objectifs. Le gouvernement fournit une direction efficace en cette matière, mais la participation des collectivités, des entreprises et des familles est essentielle à sa réussite.

# *Secrétariat à l'enfance*

Conformément à l'esprit de collaboration de la Stratégie de développement de l'enfant en santé, cinq ministères ont uni leurs efforts pour former le ***Secrétariat à l'enfance***. Ces ministères comprennent : Santé et Services sociaux, Éducation, Développement et Technologie, Affaires communautaires et culturelles et Bureau du procureur général.

Par l'intermédiaire du Secrétariat, ces cinq ministères travaillent ensemble pour échanger des renseignements, former des partenariats entre les ministères et les secteurs, établir des liens avec les organismes communautaires, promouvoir l'importance de la petite enfance au sein du gouvernement, surveiller les activités provinciales destinées aux enfants et collaborer avec le gouvernement fédéral et d'autres gouvernements provinciaux.

## Pourquoi ces cinq ministères?

**Chaque ministère soutient les enfants et les familles à sa façon. Chaque ministère contribue au mieux-être des enfants en faisant la promotion de la protection et de la sécurité de ces derniers, de leur santé et de la réussite de leur apprentissage, ainsi qu'en soutenant les collectivités.**

Par exemple:

- Le ***ministère de la Santé et des Services sociaux*** soutient les enfants et les familles au moyen de ses nombreux programmes de financement et liés à la santé.
- Le ***ministère de l'Éducation*** fait figure de chef de file en veillant à l'équité des possibilités d'apprentissage continu.
- Le ***ministère du Développement et de la Technologie*** aide les parents à soutenir leur famille à l'aide d'initiatives d'emploi et de développement économique, et son bureau de développement communautaire renforce les capacités communautaires.
- Le ***ministère des Affaires communautaires et culturelles*** fait la promotion de la culture et du patrimoine, en plus d'inciter les Insulaires à faire de l'activité physique en exerçant des activités sportives et récréatives.
- Le ***Bureau du procureur général*** fait la promotion de collectivités sûres et soutient les familles par l'intermédiaire du système de justice familiale.

En collaborant, ces ministères échangent leur vaste expérience et de nombreuses connaissances. Ils sont en mesure de parvenir à une compréhension commune de la façon dont ils peuvent atteindre conjointement leurs objectifs respectifs.

# *Groupe d'étude sur les enfants*

À l'Île-du-Prince-Édouard, un réseau constitué lui-même de réseaux établit des liens entre les personnes, les organismes et les coalitions qui travaillent à l'amélioration des résultats chez les enfants. Ce réseau forme le Groupe d'étude sur les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard et comprend des membres des réseaux communautaires, du milieu universitaire et du gouvernement. Chacun des réseaux communautaires est fondé sur les domaines clés d'action de la Stratégie de développement de l'enfant en santé.

Chaque année, le Groupe d'étude sur les enfants élabore un plan d'action qui énonce les priorités relatives aux enfants pour l'année à venir. L'initiative *Partenariats au profit des enfants de l'Île-du-Prince-Édouard* est précisée dans le plan d'action 2002-2003 sur le développement de l'enfant en santé.

***Partenariats au profit des enfants de l'Île-du-Prince-Édouard*** fait la promotion de résultats salutaires pour les jeunes enfants de l'Île. En plus de soutenir les enfants et les familles, l'initiative vise à renforcer les réseaux communautaires. Dans le cadre de *Partenariats au profit des enfants de l'Île-du-Prince-Édouard,* chaque réseau du groupe d'étude s'est vu allouer des fonds pour mettre en œuvre des initiatives qui appuient les principaux domaines d'action précisés dans la Stratégie de développement de l'enfant en santé.

Voici les réseaux du Groupe d'étude sur les enfants et leurs projets respectifs en 2002-2003 :

- Le réseau sur la ***grossesse***, la ***naissance*** et la ***prime enfance*** a formulé des recommandations pour la conception d'un plan et de ressources de marketing social afin d'accroître le nombre de femmes enceintes participant à des cours prénatals et ayant recours à des ressources prénatales dans la collectivité.

- Le réseau sur l'***alphabétisation familiale*** a organisé un atelier d'une journée destiné aux éducateurs de la petite enfance, qui portait sur l'*amélioration du langage des enfants* et de *l'alphabétisation familiale dans l'Île par l'intermédiaire des éducateurs de la petite enfance.*

- Le réseau sur la ***prévention des blessures des enfants*** a accru l'utilisation appropriée des sièges d'auto et rehausseurs pour les enfants de la maternelle en montrant aux parents et aux gardiens la meilleure façon d'installer leurs enfants dans un véhicule.

- Le réseau sur les ***besoins exceptionnels*** a appris et échangé davantage de renseignements sur la façon de développer les habiletés de jeu et les aptitudes sociales et à communiquer des enfants d'âge préscolaire présentant des besoins exceptionnels, en plus d'avoir collaboré avec les centres de la petite enfance afin d'offrir à ces enfants des possibilités accrues de développement de ces habiletés et aptitudes, dans un contexte intégré.

- Le réseau sur la ***santé mentale des enfants*** a soutenu la poursuite du programme *I'm Thumbody* dans les écoles de l'Île-du-Prince-Édouard. Ce programme en santé mentale de la petite enfance, favorisant la santé personnelle et de bonnes relations, est offert aux enfants de la troisième année.

- Le réseau sur la ***communauté acadienne et francophone*** a offert de l'aide aux nouveaux centres francophones de la petite enfance établis dans quatre régions acadiennes et francophones de l'Île.

- Le réseau sur le ***dépistage*** et l'***évaluation*** a animé la conférence *Wonder Years*, qui visait à renseigner les parents et les spécialistes participant à la prestation des soins, à l'évaluation et à la gestion des enfants atteints du syndrome de Down sur les pratiques exemplaires. Au cours de la conférence, on a abordé quatre domaines : la médecine, l'ouïe et la parole, l'éducation et les problèmes de transition à l'éducation, ainsi que le soutien des parents.

- Le réseau sur les ***styles de vie sains*** a sensibilisé les enfants, de la naissance à l'âge de huit ans, leurs parents et les enseignants à l'importance d'une saine alimentation et de l'activité physique, au moyen de visites d'une mascotte faisant la promotion de la vie active dans les centres de ressources familiales et de la petite enfance, de la mise en place d'affiches dans les centres et de la distribution de documents aux parents.

- Le réseau sur le ***soutien des parents*** a dispensé aux parents deux ateliers de deux heures, qui portaient sur la façon de faciliter le passage à la première année et de maximiser les chances de réussite à l'école. Le réseau a également préparé un manuel de ressources que les animateurs utiliseront lors d'ateliers futurs.

- Le réseau sur l'***éducation*** et les ***soins de la petite enfance*** a créé pour les éducateurs de la petite enfance, le personnel du programme et les éducateurs spécialisés des échelles salariales conformes au niveau de certification, à l'expérience et aux tâches assignées, en plus d'élaborer une stratégie de mise en œuvre et de calculer les coûts de façon détaillée.

- Et ensemble, les ***réseaux du Groupe d'étude sur les enfants*** ont formulé des messages qui soutiennent les domaines clés d'action de la Stratégie de développement de l'enfant en santé et les ont communiqués aux Insulaires par l'intermédiaire de divers médias locaux. Ils ont fait preuve d'engagement envers le développement de l'enfant en santé et d'un esprit de collaboration tout au long du projet.

# *Faits marquants de l'année 2002-2003*

En 2002-2003, on a organisé de nombreuses activités spéciales pour soutenir les enfants et les familles.

La première ***Semaine de la saine alimentation*** a eu lieu en mars 2003. Pendant cette semaine, l'Alliance pour une saine alimentation a conçu des trousses de survie d'alimentation saine, qui comprenaient des renseignements sur la saine alimentation et l'activité physique destinés aux enfants, ainsi que des recettes, un planificateur de repas et des listes d'épicerie pour les parents. Ces trousses ont été distribuées dans tous les bureaux d'Accès
Î.-P.-É.

La ***Journée de l'alphabétisation familiale***, organisée le lundi 27 janvier, visait à sensibiliser les familles au rôle important qu'elles jouent en amenant les enfants à développer leurs capacités à lire et à écrire et une passion pour l'apprentissage. L'alphabétisation est la base qui leur permettra d'apprendre toute leur vie.

Le ***congrès sur le syndrome d'alcoolisation fœtale et les effets liés à l'alcool, intitulé A Path to Healing and Prevention***, a eu lieu en février 2003. Des spécialistes de partout au Canada se sont réunis à ce congrès, coordonné par le centre de ressources familiales Mi'kmaq, qui a attiré plus de 200 participants.

Nous tenons à féliciter les Insulaires Alice Taylor et Ron Stanley, qui ont chacun reçu un ***Prix du jubilé de la Fédération canadienne des services de garde à l'enfance***. Alice a été reconnue pour sa contribution, ses soins et son engagement envers le secteur des soins et de l'éducation de la petite enfance, alors que Ron a été reconnu pour son travail visant le mieux-être des enfants.

L'Île-du-Prince-Édouard a signé le ***Cadre multilatéral pour l'apprentissage et la garde des jeunes enfants*** en mars 2003. Cet accord quinquennal fournit des fonds aux provinces pour améliorer l'accès à des programmes et services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants abordables et de qualité sous réglementation provinciale.

***Child Find PEI*** a reçu le Prix du premier ministre pour la prévention du crime en 2002 en raison de sa contribution importante à la prévention du crime à l'Île-du-Prince-Édouard. Fondée en 1988, Child Find PEI aide à chercher les enfants disparus. Ses bénévoles qualifiés et dévoués sensibilisent les familles, les éducateurs, les gardiens et le public à la sécurité et à la prévention partout dans la province, et les renseignent sur le sujet. L'organisme Child Find PEI vise la prévention des enlèvements.

La ***Smoke Free Places Act*** a reçu la sanction royale à l'automne 2002. Cette loi fournit un cadre législatif pour protéger le public et les travailleurs des effets néfastes de la fumée secondaire par l'élimination du tabac des milieux de travail et des endroits publics.

# *Poursuite de nos objectifs*

Comme la responsabilité de l'atteinte des objectifs de la Stratégie du développement de l'enfant en santé incombe à tous les Insulaires, la présente section du rapport comprend des exemples de la façon dont les Insulaires soutiennent les objectifs stratégiques.

## *Tous les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard seront protégés et en sécurité.*

- Les écoles de l'Île ont continué à offrir des programmes portant sur ***les sévices sexuels et la prévention de l'intimidation***. Cinq autres écoles ont axé leurs initiatives de perfectionnement du personnel en milieu scolaire sur la création d'un milieu scolaire positif et favorable au personnel, aux élèves et à leur famille par la formulation de règles de conduite.
- Grâce aux fonds que lui alloue Justice Canada, un chargé des projets spéciaux des Services aux victimes, du Bureau du procureur général de l'Île-du-Prince-Édouard, a pris des dispositions concernant la création de ***salles d'attente accueillantes pour les enfants à l'édifice de la Cour suprême Sir Henry Louis Davies***, à Charlottetown. Ces dispositions permettent aux enfants victimes et témoins d'entrer dans la salle d'audience loin de l'accusé et du public. L'Association des policiers de l'Île-du-Prince-Édouard a également fourni une aide financière pour l'achat de jeux, de jouets et de matériel d'activités appropriés pour divers groupes d'âge. De telles salles ont été aménagées aux palais de justice de Summerside et de Charlottetown.
- Une ***pièce de théâtre sur la violence familiale***, découlant d'une collaboration entre la GRC, les Services aux victimes, la Transition House Association et les Services à l'enfant et à la famille, a été présentée aux élèves de deuxième cycle de six écoles secondaires de la Commission scolaire de l'est.
- Des ***séances sur la sécurité sur Internet destinées aux parents*** ont été dispensées par l'intermédiaire de partenariats entre l'Association foyer-école de l'Île-du-Prince-Édouard, la GRC et le ministère de l'Éducation. De telles séances ont également été offertes à la population pendant la Semaine des technologies de l'information.
- En novembre 2002, le centre de ressources familiales Cap-enfants et le personnel de Santé Prince-Est ont organisé un ***atelier sur l'utilisation sécuritaire des sièges d'auto*** pour indiquer aux parents comment bien installer les sièges d'auto afin de réduire les blessures dues aux accidents. Parmi les autres partenaires, on comptait Kids West, la Division de la sécurité routière, les Services à l'enfant et à la famille et des bénévoles communautaires.

## *Tous les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard jouiront d'une bonne santé.*

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux et les quatre régions sanitaires ont formé ***un comité de révision des programmes de dépistage chez les jeunes de 0 à 6 ans par les infirmières en santé publique***, qui veillera à ce que les programmes de dépistage respectent les pratiques exemplaires, préviendra le chevauchement des services et s'assurera que les ressources éducatives destinées aux parents sont efficaces et à jour.

- L'***Alliance pour la réduction du tabagisme de l'Île-du-Prince-Édouard*** offre du matériel autodidactique, accessible aux bureaux de la santé publique partout dans l'Île, pour aider les fumeurs, plus particulièrement les femmes enceintes, à renoncer au tabac.

- Le comité des Maisons sans fumée de l'Alliance pour la réduction du tabagisme de l'Île-du-Prince-Édouard a poursuivi ses activités visant à réduire l'exposition des enfants à la fumée dans leur maison en lançant le concours ***Fumons à l'extérieur*** à l'automne 2002. Ce concours incitait les Insulaires à transformer leur maison en milieu sans fumée. Plus de 5 000 foyers se sont engagés à garder leur maison sans fumée pendant 6 mois. Neuf collectivités ont reçu des prix pour leur grand nombre de foyers inscrits. Félicitations à Wellington, à Tignish, à Tyne Valley, à Argyle Shore, à Mount Stewart, à Tracadie Cross, à Morell, à Cardigan et à Souris.

- L'***équipe d'étéACTIF*** de l'Alliance pour la vie active de l'Île-du-Prince-Édouard a été bien accueillie par les enfants partout dans la province à l'été 2002. Les membres de l'équipe ont fait la promotion de l'activité physique au moyen de séances d'information et d'activités. L'équipe d'étéACTIF s'est également jointe à la Société canadienne du cancer pour sensibiliser la population à la protection contre le soleil.

- L'***Alliance pour une saine alimentation à l'Île-du-Prince-Édouard*** est un groupe multisectoriel composé de membres d'organismes communautaires, de facultés universitaires et de ministères qui se préoccupent de la santé des enfants et des jeunes et tiennent à améliorer les habitudes alimentaires de ces derniers. Cette alliance très active a mené un large éventail d'activités en 2002; elle a notamment :
  - préparé de nombreux exposés et des entrevues avec les médias (radio, télévision et journaux);
  - formulé des « conseils nutritionnels » pour des dîners nutritifs faciles à préparer, à inclure dans les bulletins des écoles;
  - établi un partenariat avec Pour apprendre sans faim, de la Fondation Canadian Living, afin de devenir l'organe décisionnel pour les programmes de distribution de déjeuners et de collations dans les écoles;
  - aidé les programmes de distribution de déjeuners et de collations dans les écoles à recruter et à former des bénévoles, à trouver des commanditaires et à mettre en œuvre des pratiques exemplaires dans leurs programmes;
  - mis en œuvre un projet pilote dans trois écoles primaires de l'Île pour promouvoir une consommation accrue de fruits et de légumes chez les enfants et les jeunes.

- La ***Stratégie en matière de sport de l'Île-du-Prince-Édouard*** a été lancée à l'automne 2002. L'un des objectifs de la stratégie quinquennale consiste à accroître la participation à des activités sportives et récréatives à tous les niveaux et à favoriser une participation à ces activités tout au long de la vie des enfants.
- Pour sensibiliser les parents et les enfants à l'importance de l'activité physique, le ministère des Affaires communautaires et culturelles a distribué le nouveau et coloré ***Guide d'activité physique canadien pour les enfants*** dans toutes les écoles maternelles et primaires.
- Dans le cadre de son ***Transformative Parenting Project***, l'Adventure Group a commencé à examiner les moyens d'utiliser les principes de la justice réparatrice pour résoudre les conflits familiaux. Le projet vise à favoriser le développement social chez les enfants et à transformer les relations familiales et communautaires en aidant les parents à éduquer leurs enfants de façon à inciter ces derniers à prendre la responsabilité de réparer le tort qu'ils ont causé aux autres, à apprendre ce qu'est l'empathie de ceux à qui ils ont causé du tort et à réduire les risques de récidive.
- ***AIDS PEI*** a formé un comité dont la tâche consistait à inciter les femmes enceintes et qui songent à avoir un enfant à subir un test de dépistage du VIH (SIDA)..
- L'***équipe d'évaluation préscolaire de la région de Kings*** a participé à une évaluation qui a confirmé que l'équipe établie à Montague fournit un précieux service d'évaluation pour les enfants affichant des retards de croissance et de développement. Les résultats de l'évaluation révèlent que tous les parents sont satisfaits de leurs évaluation et suivi. On a créé une équipe d'évaluation semblable à Souris, avec l'appui de l'Eastern Kings Foundation Inc.

## *Tous les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard réussiront leur apprentissage.*

- Grâce au partenariat entre le ***Service des bibliothèques publiques***, le ***groupe financier TD*** et le ***Centre canadien de livres pour enfants***, on a offert un exemplaire du livre de l'auteure canadienne Sharon Jennings à tous les élèves de première année qui ont visité leur bibliothèque publique au cours de la Semaine canadienne du livre pour enfants (Toronto Dominion) à l'échelle du Canada.

- ***Les petits mots veulent dire beaucoup***, programme pilote dans la Régie régionale de Kings, a été mis en œuvre à l'échelle provinciale. Tous les Insulaires peuvent maintenant bénéficier de ce projet de renforcement des capacités communautaires qui favorise l'éducation et la sensibilisation dans le domaine du développement du langage.

- Pour répondre aux besoins des enfants autistes et de leur famille, on a embauché, dans le cadre du ***Programme d'intervention précoce auprès des enfants autistes***, deux spécialistes en autisme chez les enfants d'âge préscolaire qui travailleront en collaboration avec le coordonnateur de l'intervention précoce.

- Chaque année, on célèbre la ***Journée de l'alphabétisation familiale*** pour sensibiliser les familles au rôle important qu'elles jouent en amenant les enfants à développer leurs capacités à lire et à écrire et une passion pour l'apprentissage. En guise de célébration, on a organisé une ronde d'activités d'alphabétisation familiale pour les parents et les enfants le 25 janvier 2003. On a, entre autres, raconté des histoires, présenté des spectacles de marionnettes et procédé à des tirages de livres. L'Alliance sur l'alphabétisation à l'Île-du-Prince-Édouard, la bibliothèque des enfants du Centre de la Confédération et les étudiants en faveur de l'alphabétisation du Collège Frontier de l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard ont parrainé cette journée.

- À la suite de la réussite du ***projet pilote de maternelle***, celui-ci a été mis en œuvre à l'échelle provinciale. Au cours de sa première année, 97 % des enfants admissibles ont été inscrits au programme communautaire subventionné par les deniers publics.

- L'***Association pour le développement de la petite enfance*** continue de travailler dur pour répondre aux besoins des éducateurs de la petite enfance de l'Île-du-Prince-Édouard. Avec l'aide des ministères de la Santé et des Services sociaux et de l'Éducation, elle a embauché un directeur administratif à temps partiel pour soutenir le secteur de la petite enfance. L'Association a aussi créé un centre de ressources communautaires, où l'on trouve plein de matériel se rapportant aux premières années du développement de l'enfant, et commencé à distribuer un bulletin trimestriel à tous ses membres. Le secteur a aussi entamé des discussions avec le Syndicat des employés de Travaux publics (SETP) afin d'envisager diverses possibilités pour sa main-d'œuvre.

***Comprendre les premières années*** (CPA) est un projet de l'Association pour le développement de la petite enfance de l'Île-du-Prince-Édouard. En 2002-2003, CPA a communiqué avec les Insulaires au moyen d'une stratégie d'échange de connaissances qui coordonne le programme d'apprentissage CPA aux connaissances et à l'expérience que possède déjà la population de l'Île-du-Prince-Édouard. Le programme d'apprentissage CPA, qui a formé 15 « champions CPA » bénévoles, a été adapté à divers publics et promu par le personnel CPA, ainsi que les membres du Comité consultatif communautaire.

Les apprenants adultes sont très directs lorsqu'ils décrivent les raisons pour lesquelles ils retournent aux études. Bon nombre d'entre eux disent vouloir donner l'exemple à leurs enfants afin qu'ils comprennent l'importance de réussir à l'école. Le ***Programme de formation de base des adultes*** est une activité de soutien aux familles efficace à laquelle plus de 1 200 Insulaires adultes participent chaque année. ***Workplace Education PEI*** continue de fournir des possibilités d'apprentissage et d'alphabétisation dans les milieux de travail partout dans l'Île. Les participants à ces programmes attestent de l'importance des possibilités d'apprentissage pour eux et pour leur famille.

L'Alliance sur l'alphabétisation à l'Île-du-Prince-Édouard, en partenariat avec le ministère de l'Éducation, les districts scolaires et le gouvernement du Canada, continue d'offrir le ***Programme de tutorat d'été pour les enfants***. En juillet et août 2002, 659 élèves du primaire ont participé au programme, dispensé par 22 tuteurs. Ce programme provincial a acquis une excellente réputation pour son intervention positive en alphabétisation, aidant les enfants qui présentent des difficultés de lecture à maintenir ou à accroître leur capacité de lecture pendant l'été. Les tuteurs sont des étudiants universitaires, dont la majorité sont inscrits au programme d'enseignement à l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard. Le programme constitue une excellente occasion pour les futurs enseignants de développer des habiletés et de l'empathie en aidant les enfants qui présentent des difficultés d'alphabétisation. Il permet aussi aux tuteurs d'approfondir leurs connaissances sur les difficultés relatives à l'alphabétisation familiale qu'éprouvent les enfants de l'Île.

***L'alphabétisation au cours des premières années scolaires*** est toujours prioritaire pour les écoles de l'Île. Les ateliers, les possibilités de perfectionnement et d'autres ressources sur l'alphabétisation précoce aident les enseignants de l'Île à répondre aux besoins de leurs élèves.

Les ***enseignants des Hearing Education Auditory Resources (HEAR)*** ont continué à offrir des séances sur place et un soutien constant aux enseignants et aux éducateurs de la petite enfance, en plus d'aider les gardiens et les pairs, à l'extérieur de la famille, à comprendre les meilleures façons de gérer la perte auditive chez les enfants. En 2002, HEAR a organisé une discussion entre parents, au cours de laquelle l'organisme a présenté un exposé personnel et fort juste qui a aidé les spécialistes à comprendre l'incidence de la perte auditive sur les familles. HEAR a aussi soutenu des activités sociales et des réunions de parents tout au long de l'année.

## *Tous les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard feront preuve de responsabilité sociale et d'engagement.*

- En septembre 2002, on a commencé à offrir des ***services de garde en français pour les enfants*** à Prince-Ouest, à Summerside, à Rustico et à Charlottetown.
- Le ***Bureau de développement communautaire***, par l'intermédiaire du ministère du Développement et de la Technologie, soutient les familles et les collectivités en travaillant avec des groupes communautaires locaux pour renforcer leurs capacités.
- Le Centre de ski provincial Brookvale organise un ***festival annuel de couleurs*** divertissant pour toute la famille, où l'on trouve de la nourriture, de la musique et beaucoup d'activités pour les enfants. Ce festival constitue une excellente occasion de faire des activités en plein air à l'Île-du-Prince-Édouard.
- L'Institut des femmes de l'Île-du-Prince-Édouard et l'Association pour le développement de la petite enfance se sont unis afin de créer des ***sacs d'histoires pour soutenir le projet Esprit sportif chez les jeunes***. Chaque sac contient des marionnettes et d'autres articles associés aux histoires d'Esprit sportif chez les jeunes. Avec ce matériel, les enfants peuvent mimer les histoires en les lisant. Les sacs d'histoires ont remporté beaucoup de succès en tant qu'outils d'alphabétisation familiale à l'Île-du-Prince-Édouard.
- Par l'intermédiaire du ***groupe de projets intégrés***, les écoles de l'Île ont recours à diverses formes de technologie pour échanger et commémorer des histoires culturelles et des expériences au moyen de projets concertés. Par exemple, les élèves du primaire de Miscouche et de l'île Lennox ont collaboré avec les élèves de Hay River, dans les Territoires du Nord-Ouest, pour explorer leur culture respective. De plus, les éducateurs de tous les niveaux ont collaboré et échangé des projets culturels, comme les histoires culturelles internationales de divers élèves des écoles de l'Île.
- On incite les élèves du primaire d'Alberton à s'engager dans leur collectivité. Ainsi, les ***élèves des troisième et quatrième années de l'école primaire d'Alberton*** se sont rendus au Maplewood Manor toutes les deux semaines pour participer à un programme de lecture avec les bénéficiaires.
- Le ***YMCA de Summerside*** a remis, à l'aide du soutien financier de la collectivité et des entreprises locales, des fournitures scolaires aux élèves faisant appel aux Services à l'enfant et à la famille. Ce partenariat facilite le début de la nouvelle année scolaire pour de nombreux élèves.

# *II. Initiative de développement de la petite enfance*

En septembre 2000, l'Île-du-Prince-Édouard s'est jointe aux autres provinces et territoires ainsi qu'au gouvernement fédéral pour s'engager à soutenir les familles et les collectivités dans leurs efforts pour s'assurer que les jeunes enfants peuvent atteindre leur potentiel en matière de santé, de sécurité, de préparation à l'apprentissage, d'engagement social et de responsabilité. Au moyen de cette Initiative de développement de la petite enfance (IDPE), le gouvernement fédéral s'est engagé à faire un transfert annuel de financement aux gouvernements provinciaux et territoriaux au cours d'une période de cinq ans.

Le financement reçu par l'intermédiaire de l'IDPE vise à créer, à améliorer et à étendre les programmes et les services de développement de la petite enfance. L'Île-du-Prince-Édouard offre déjà divers programmes qui soutiennent le développement de la petite enfance. L'IDPE permet de renforcer les programmes actuels et d'investir dans de nouveaux programmes.

L'Entente des premiers ministres sur le développement de la petite enfance comprend quatre domaines principaux : grossesse, naissance et toute-petite enfance en santé; développement, apprentissage et soins de la petite enfance; soutien du rôle parental et de la famille; et soutien communautaire. Les efforts des gouvernements dans ce cadre sont axés sur l'un ou l'autre de ces domaines.

Durant l'exercice 2002-2003, l'Île-du-Prince-Édouard a reçu 1,7 million de dollars en investissements dans le développement de la petite enfance, sommes qui ont été intégrées à la Stratégie provinciale de développement de l'enfant en santé. En particulier, l'Île-du-Prince-Édouard a investi dans trois domaines clés :

**Développement, apprentissage et soins de la petite enfance**

- *Mesurons et améliorons l'environnement des enfants* (MAEE)
- Subventions aux centres de la petite enfance pour soutenir les enfants présentant des besoins spéciaux
- Programme de subventions pour les services de garde d'enfants
- Maternelles communautaires publiques

**Soutien du rôle parental et de la famille**

- Programme de visites à domicile Meilleur départ
- Mesures de soutien pour les enfants handicapés, de la naissance à l'âge de six ans
- L'art d'être parents tout en vivant sous des toits distincts – Programme pour enfants

**Soutien communautaire**

- Stratégie de développement de l'enfant en santé : développement communautaire
- Partenariats au profit des enfants de l'Île-du-Prince-Édouard

# 1. *Développement, apprentissage et soins de la petite enfance*

## A. *Mesurons et améliorons l'environnement des enfants* (MAEE)

Le projet MAEE a fourni un appui aux programmes, un apprentissage et un développement aux centres de la petite enfance de la province. Le projet pilote de deux ans MAEE a débuté au mois d'août 2001 et s'est terminé en juin 2003. Ce projet a permis de commencer à évaluer objectivement la qualité des centres autorisés, à cibler le type de soutien nécessaire pour améliorer l'environnement et à déterminer l'incidence de ce soutien.

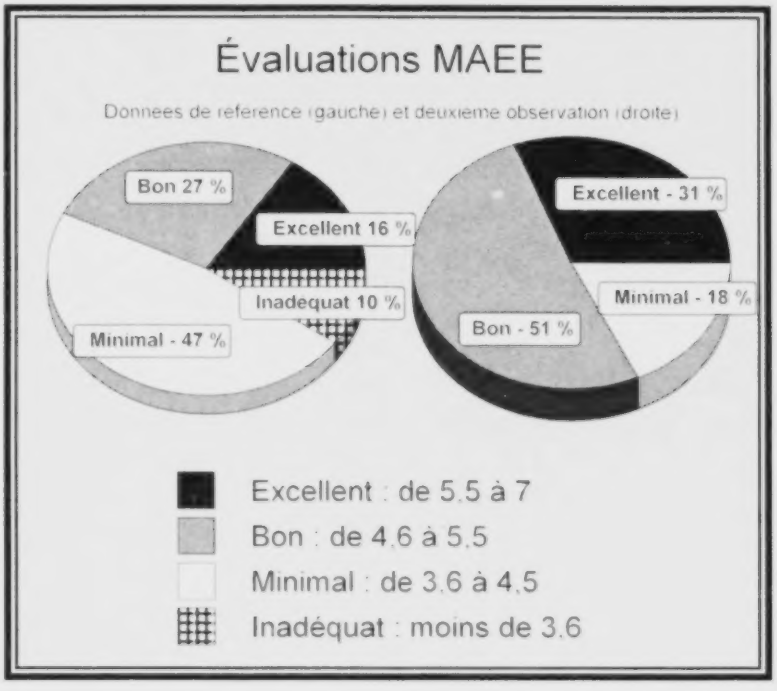
MAEE est une initiative conjointe du Secrétariat à l'enfance (ministère de la Santé et des Services sociaux) et de l'Association pour le développement de la petite enfance de l'Île-du-Prince-Édouard. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a financé les activités du projet, supervisé les conseillers et assuré la liaison avec les initiatives nationales et gouvernementales. L'Association pour le développement de la petite enfance de l'Île-du-Prince-Édouard s'est chargée du maintien de la communication avec ses membres, de la gestion du projet et de l'établissement de liens avec d'autres initiatives communautaires de la petite enfance.

La première phase du projet (2001-2002) a mis l'accent sur les centres de la petite enfance à plein temps autorisés qui fournissent des programmes intégrateurs aux enfants présentant des besoins spéciaux. La deuxième phase (2002-2003) a élargi le projet pour inclure tous les centres de la petite enfance autorisés. Également, des évaluations de suivi ont été réalisées durant cette phase afin de mesurer les effets des efforts visant à améliorer la qualité.

L'objectif du programme MAEE est d'augmenter les niveaux de qualité dans les programmes de la petite enfance autorisés de l'Île-du-Prince-Édouard. Afin de réaliser cet objectif, MAEE cherche à améliorer la capacité du personnel des centres de la petite enfance à fournir des services de meilleure qualité à tous les enfants inscrits. Le projet pilote a fait la promotion des pratiques exemplaires des éducateurs de la petite enfance dans la prestation de services de garde d'enfants de qualité et intégrateurs auprès des enfants de l'Île.

Les directeurs et le personnel des centres ont été initiés à l'outil d'évaluation ECERS-R (échelle de mesure de l'environnement de la petite enfance – version révisée) et invités à participer au programme. Le personnel du programme MAEE a complété les évaluations et partagé les résultats avec les directeurs et le personnel. Ensemble, ils ont élaboré des plans afin de définir les domaines ayant besoin d'être améliorés, et le personnel de MAEE a fourni de précieux conseils et un soutien aux centres pour les aider à améliorer l'environnement de la petite enfance.

Les améliorations de la qualité ont été soumises aux évaluations de suivi prévues. On a révisé les plans touchant les améliorations, cerné les besoins en matière de formation et créé des réseaux de pairs au sein des régions. Les résultats des évaluations de suivi révèlent la réussite de ces interventions :




Le projet vise tous les centres de la petite enfance à temps plein autorisés de l'Île-du-Prince-Édouard. Bien que la participation au programme soit volontaire, environ 95 % des centres (52) y participent.

Le budget alloué pour l'exercice 2002-2003 totalisait 50 000 $.

## B. Subventions aux centres de la petite enfance pour soutenir les enfants présentant des besoins spéciaux

Des subventions aux besoins spéciaux ont procuré un financement supplémentaire aux centres de développement de la petite enfance autorisés pour appuyer des programmes d'intégration s'adressant aux enfants présentant des besoins spéciaux. En général, ce financement sert à embaucher du personnel supplémentaire, et donc à réduire le nombre d'enfants sous la responsabilité d'une personne, afin de fournir une programmation individuelle aux enfants présentant des besoins spéciaux.

Le Programme de financement des besoins spéciaux a pour but de faciliter l'intégration des enfants présentant des besoins spéciaux dans les milieux de développement de la petite enfance autorisés. Les objectifs du Programme sont les suivants :

- au moyen de ressources appropriées, aider les centres autorisés à offrir des programmes individualisés et des milieux éducatifs de la petite enfance de qualité;
- favoriser la communication parmi les parents, le personnel des centres et les autres professionnels œuvrant auprès de l'enfant;
- rendre compte des programmes financés pour les établissements de développement de l'enfant autorisés.

Ce sont les enfants présentant des besoins spéciaux et qui fréquentent des centres de développement de la petite enfance autorisés qui bénéficieront du financement. Aux fins de la présente subvention, un enfant présentant des besoins spéciaux est défini comme un enfant qui, pour réaliser les objectifs habituels du développement, a besoin de certains types précis de stimulation et de soins supplémentaires. Les enfants qui forment normalement cette population comprennent ceux qui ont les problèmes suivants : mobilité, cognition, retard de développement, perte visuelle ou auditive, parole, troubles du comportement et enfants atteints d'incapacités multiples. Comme on n'évalue ni le revenu ni les besoins des parents, toutes les familles peuvent profiter des services de soutien offerts dans le cadre du programme.

En 2002-2003, on a accordé des fonds à 45 programmes de la petite enfance pour 205 enfants et leur famille. Ce financement a permis d'augmenter de 33 % le nombre d'enfants pouvant bénéficier d'un soutien supplémentaire dans leur centre de la petite enfance.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est responsable de l'administration du Programme de subvention des besoins spéciaux. En 2002-2003, on a affecté 867 300 $ à ce programme. De ce total, la somme de 300 000 $ a été versée par l'intermédiaire de l'IDPE. Les dépenses ont dépassé les sommes allouées (1 060 134 $).

## C. Programme de subventions pour les services de garde d'enfants

Le Programme de subventions pour les services de garde d'enfants est un programme provincial qui vise à aider les parents à payer les frais des programmes autorisés de garde et d'apprentissage des jeunes enfants. Voici les objectifs de ce programme :

- aider les parents qui répondent aux critères financiers et sociaux préétablis à payer les frais des programmes autorisés de garde et d'apprentissage des jeunes enfants;
- offrir des services opportuns afin d'éviter que les parents ne deviennent des personnes dans le besoin;
- fournir des renseignements opportuns aux centres de la petite enfance et aux demandeurs concernant l'autorisation de ces derniers.

Ce programme offre des subventions aux parents selon des critères financiers et sociaux. Les critères sociaux comprennent la participation des parents à la population active ou à un programme de formation (si aucune somme pour frais de garde n'est offerte dans le cadre de ce programme), la protection des enfants, les besoins médicaux des parents et les enfants présentant des besoins spéciaux. On détermine l'admissibilité au financement au moyen d'un test de revenu à échelle mobile qui tient compte du nombre de membres de la famille et du revenu mensuel net de cette dernière; les familles peuvent recevoir des subventions partielles ou complètes.

Ce programme provincial est administré par les quatre régies régionales des services de santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux étant responsable de l'élaboration des politiques. Les fonds sont versés au nom des enfants, âgés de dix ans et moins, qui fréquentent des centres autorisés de garde et d'apprentissage des jeunes enfants.

En 2002-2003, on a dépensé pour ce programme un total de 3 256 092 $, dont 40 000 $ venaient de l'IDPE. Cela représente une augmentation du financement de 1,2 % par rapport à l'exercice précédent.

## D. Maternelles communautaires publiques

Le programme des maternelles communautaires publiques de l'Île-du-Prince-Édouard a été lancé en septembre 2000. En tant que partie du système de la petite enfance, les maternelles de l'Île-du-Prince-Édouard sont détenues et exploitées par des intérêts privés. Au cours de la phase de mise en place de trois ans, le gouvernement provincial, sous le leadership du ministère de l'Éducation, continue d'élaborer des programmes et des politiques reflétant et appuyant une démarche unique auprès des maternelles.

L'objet de cette initiative est de financer un programme communautaire de base, ce qui permet ainsi à plus d'enfants d'aller à la maternelle et fournit un programme cohérent aux enfants de l'Île. En 2002-2003, les enfants âgés de cinq ans le 31 janvier de l'année scolaire en cours étaient admissibles à la maternelle.

La responsabilité des maternelles incombe aux ministères de l'Éducation ainsi que de la Santé et des Services sociaux. Le ministère de l'Éducation est responsable de l'élaboration et du financement du programme de maternelle de base et de la formation sur place liée aux programmes de maternelle. Les programmes de maternelle sont autorisés comme centre de la petite enfance selon la *Child Care Facilities Act*. Le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable de cette loi. Le ministère de la Santé et des Services sociaux est toujours responsable de l'appui aux enfants présentant des besoins spéciaux et de la certification des éducateurs de la petite enfance, quoique les deux ministères partagent la responsabilité de la délivrance des licences et de l'inspection du programme.

Il y avait 90 sites de maternelles communautaires durant l'année scolaire 2002-2003. Un total de 1 605 enfants ont participé à ces programmes. En se fondant sur le taux de naissance de l'Île-du-Prince-Édouard, 97 % des enfants admissibles à la maternelle la fréquentent. La fréquentation a augmenté de 12 % la première année où la maternelle a reçu un financement public, et cette tendance est demeurée constante depuis.

En 2002-2003, deuxième année de la mise en place de ce programme, des investissements supplémentaires ont été faits dans le cadre de l'IDPE. Au cours de cet exercice, une subvention unique aux ressources pour la maternelle a permis aux centres autorisés de se procurer des jouets, du matériel et des ressources durables pour soutenir les programmes scolaires.

Les dépenses du programme de maternelle ont totalisé 3,2 millions de dollars au cours de cet exercice. De cette somme, 647 000 $ sont venus de l'IDPE.

# 2. *Soutien du rôle parental et de la famille*

## A. Programme de visites à domicile Meilleur départ

En novembre 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux a conclu une entente avec le Centre national de prévention du crime et le Centre de ressources familiales CHANCES pour soutenir le lancement, à l'échelle provinciale, d'un programme universel de visites à domicile d'évaluation et de suivi des bébés. Ce projet se fonde sur un projet pilote triennal mené dans la région de Queens.

L'objectif du programme Meilleur départ consiste à maximiser le développement des jeunes enfants et de leur famille, plus particulièrement ceux qui sont exposés à des conditions à risque. Les infirmières en santé publique de toutes les régions sanitaires offrent un service d'évaluation et de suivi à toutes les familles comprenant un nouveau-né. On peut aiguiller les familles qui sont déterminées à surmonter leurs difficultés vers le programme de visites à domicile. Des visites à domicile sont possibles jusqu'à l'âge de trois ans, la fréquence des visites diminuant au fil du temps. La participation à tout volet de ce programme est volontaire. Le programme cible tous les nouveau-nés et leur famille, plus particulièrement les jeunes parents, les parents seuls et les jeunes à risque.

En 2002-2003, les infirmières en santé publique ont visité 635 familles comprenant un nouveau-né. De toutes ces familles, 25 % étaient à risque. Des familles à risque, 41 % ont accepté de se soumettre à une évaluation complète. Des 62 familles dont l'évaluation s'est avérée positive, 57 ont accepté de participer au programme de visites à domicile.

Le taux de participation en 2002-2003 comprend les familles qui ont été évaluées pendant le projet pilote, de même que celles qui ont été évaluées après la réception de fonds provinciaux pour le programme. En tout, 174 familles et 261 enfants ont participé au programme pendant cet exercice.

L'Institut canadien de recherche sur le droit et la famille évalue continuellement le programme.

En 2002-2003, l'IDPE a affecté 119 000 $ à ce programme.

## B. Mesures de soutien pour les enfants handicapés, de la naissance à l'âge de six ans

Le Programme de soutien aux enfants handicapés (PSEH) de l'Île-du-Prince-Édouard est un programme social comportant une composante financière. Mis en place en octobre 2001, le programme a été conçu pour aider les Insulaires (enfants et adultes) présentant une incapacité admissible (physique, intellectuelle ou neurologique) à surmonter les obstacles, à atteindre une qualité de vie satisfaisante et à aspirer à l'indépendance financière.

À l'intérieur de la structure globale du PSEH, on offre un appui aux enfants, de la naissance à l'âge de six ans, ainsi qu'à leur famille. Le PSEH peut aider les enfants présentant des incapacités en leur offrant du soutien ainsi qu'à leur(s) parent(s) ou tuteur(s). Le programme aide les familles dont un enfant a des besoins particuliers en lecture qui sont directement liés à son handicap, leur offre du soutien et les oriente vers d'autres organismes où elles peuvent obtenir des services complémentaires.

En 2002-2003, 91 enfants âgés de 0 à 6 ans et leur famille ont bénéficié de ce programme. Au cours des années précédentes, les enfants et leur famille ont reçu divers niveaux de soutien du Programme de soutien aux familles. Le PSEH a élargi l'étendue des mesures de soutien offertes et le niveau de soutien financier.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est entièrement responsable de ce programme, et des Services de soutien pour les personnes handicapées sont maintenant en place dans chaque région sanitaire. Des travailleurs de soutien des handicapés sont formés spécialement pour travailler avec les enfants et les adultes présentant des incapacités, et avec leur famille. Ils travaillent comme partenaires avec les personnes et les familles afin de mettre en place un plan d'appui pour satisfaire à leurs besoins en fonction de leurs incapacités.

En 2002-2003, on a investi un total de 300 000 $ dans ce programme par l'intermédiaire de l'IDPE.

## C. L'art d'être parents tout en vivant sous des toits distincts – Programme pour enfants

Établi en 1999, le programme L'art d'être parents tout en vivant sous des toits distincts fait partie intégrante de la section du droit de la famille du Bureau du procureur général. Ce programme a été conçu pour les parents qui se soucient de l'incidence de la séparation, du divorce et de l'éducation sous des toits distincts sur les enfants et des conflits en résultant. Cela comprend aussi les parents qui n'ont jamais vécu ensemble. Le programme est offert environ 12 fois par année dans la province. Il est présenté en deux séances de trois heures données par des animateurs qualifiés. Les parents assistent à des séances distinctes et sont évalués. Les sujets comprennent : les pratiques parentales positives; les autres personnes dans la vie des enfants; la peine des enfants; la peine des adultes; les besoins des enfants; les âges et stades de développement des enfants; la résolution des conflits; les plans en matière de pratiques parentales; la médiation; la violence familiale; et la façon d'établir une relation dénuée d'émotion avec l'autre parent.

Une évaluation menée par un chercheur indépendant révèle que la nécessité du programme et son efficacité sur le plan du changement du comportement des adultes, ce qui entraîne des améliorations au mieux-être et à l'adaptation des enfants.

Le volet « pour enfants » du programme L'art d'être parents tout en vivant sous des toits distincts est une extension du programme destiné aux parents créé à la demande de ceux-ci pour aider les enfants à surmonter les changements et les conflits découlant de l'éclatement de la famille ou du fait d'habiter sous des toits distincts. Le programme fournit aux enfants des renseignements les aidant à composer avec les changements familiaux. Les sujets abordés comprennent : ce qu'est une famille; les changements qu'entraîne la séparation ou le divorce; leur incidence sur l'enfant; les procédures judiciaires; les préoccupations futures; et la résolution des conflits. Des animateurs qualifiés présentent ce programme en quatre séances en soirée pendant quatre semaines consécutives.

En 2002-2003, on a investi 25 000 $ dans ce programme par l'intermédiaire de l'IDPE.

# 3. *Soutien communautaire*

## A. Stratégie de développement de l'enfant en santé : développement communautaire

La Stratégie de développement de l'enfant en santé est une initiative multiministérielle axée sur l'amélioration des résultats des enfants à l'Île-du-Prince-Édouard. Elle est fondée sur les succès des programmes, des services et du soutien communautaire, et elle encourage les partenariats entre la collectivité, le secteur des affaires et le gouvernement.

Au cours des consultations provinciales qui ont précédé le lancement de la stratégie, les Insulaires ont mis l'accent sur le besoin de participation de la collectivité au développement de la politique, des programmes et des services destinés aux enfants et aux familles. Ils ont souligné que le succès de la stratégie dépend de son appartenance à la collectivité. Toutefois, les Insulaires ont également indiqué qu'ils voulaient voir le gouvernement assumer le leadership d'une telle entreprise.

Pour s'assurer que la collectivité joue un rôle, le Conseil du premier ministre sur le développement de l'enfant en santé surveille la mise en œuvre de la Stratégie. Ses membres sont des Insulaires dont le bagage et l'expérience sont divers.

De plus, le Groupe de travail sur les enfants (GTE) est essentiel à la mise en œuvre des buts et objectifs des principaux domaines d'action de la stratégie. Les membres du GTE comprennent des représentants choisis par la collectivité et des représentants du gouvernement provenant de chacun des cinq ministères participant à la Stratégie de développement de l'enfant en santé. Ces représentants du gouvernement travaillent ensemble auprès du Secrétariat à l'enfance.

L'Association pour le développement de la petite enfance de l'Île-du-Prince-Édouard coordonne le projet CPA pour la province. Le Secrétariat à l'enfance a formé un partenariat avec l'Association pour le développement de la petite enfance sur un plan de travail conjoint de manière à faire la promotion de l'action communautaire, afin d'atteindre les buts et objectifs de la Stratégie de développement de l'enfant en santé.

Les objectifs du travail de développement communautaire de la Stratégie sont entre autres :

- de renforcer et de mettre à profit les partenariats en place;
- de fournir des possibilités de discussion aux organismes, aux groupes communautaires et aux ministères, et de les mettre en réseau;
- de partager l'information avec les collectivités de l'Île-du-Prince-Édouard;
- de favoriser l'action communautaire pour développer l'enfant en santé.

Les efforts de développement communautaire ont été dirigés vers les organismes communautaires travaillant auprès des jeunes enfants et de leur famille; les parents; les commerces; les dirigeants communautaires et municipaux; et les populations particulières, notamment les populations francophones et autochtones.

Cinq ministères provinciaux participent à la Stratégie de développement de l'enfant en santé, dont :

- le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- le ministère de l'Éducation;
- le ministère des Affaires communautaires et culturelles;
- le ministère du Développement et de la Technologie;
- le Bureau du procureur général.

De plus, le Cabinet du premier ministre a établi un Conseil du premier ministre sur le développement de l'enfant en santé. Le rôle de ce conseil consiste à mettre en œuvre la Stratégie et à conseiller le premier ministre sur des questions liées au sain développement des enfants de l'Île.

Les investissements dans le développement communautaire ont soutenu diverses initiatives, telles que l'exercice de réflexion du Conseil du premier ministre, les réunions du GTE, les réunions du réseau, la conférence du réseau provincial, ainsi que des exposés et des rencontres communautaires.

En partenariat avec CPA, les efforts de développement communautaire sont évalués par la Social Research Development Corporation.

En 2002-2003, on a investi 110 000 $ dans cette initiative par l'intermédiaire de l'IDPE.

## B. Partenariats au profit des enfants de l'Île-du-Prince-Édouard

Lancée en 2002-2003, Partenariats au profit des enfants de l'Île-du-Prince-Édouard est une nouvelle initiative qui fait la promotion de résultats sains pour les jeunes enfants de l'Île. Par l'intermédiaire de cette initiative, chaque réseau du GTE a reçu 10 000 $ pour mettre en œuvre des projets qui appuient les principaux domaines d'action énoncés dans la Stratégie de développement de l'enfant en santé. L'objet de cette initiative est double : améliorer les résultats pour les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard et renforcer les réseaux communautaires.

Les crédits ont été affectés suivant une stratégie de développement communautaire. Le processus est non concurrentiel; les demandeurs de subvention doivent démontrer que leur projet vise les objectifs de la Stratégie et indiquer de quelle manière ils travailleront de concert avec les partenaires des réseaux pour le réaliser. Les membres du Secrétariat à l'enfance ont soutenu les efforts d'établissement de partenariats de leurs collègues communautaires dans le cadre du processus de demande.

Partenariats au profit des enfants a soutenu un éventail d'activités, dont une campagne de marketing social et de sensibilisation du public, la création d'une échelle salariale pour les éducateurs de la petite enfance, la réalisation de programmes pour les enfants, ainsi que l'organisation d'ateliers et de conférences pour les parents. Les initiatives avaient trait à l'information des femmes enceintes, aux aptitudes sociales des enfants présentant des besoins exceptionnels, à la santé mentale des enfants, à l'activité physique, à l'alphabétisation, à l'utilisation adéquate des sièges d'auto et rehausseurs, ainsi qu'à l'information des parents pour qu'ils puissent aider leurs enfants à entrer à l'école à la fin de la petite enfance.

Tous les membres du réseau ont participé à une campagne de sensibilisation du public afin de diffuser les principaux messages provenant de leurs divers éléments constitutifs. Durant deux semaines, ils ont coordonné une campagne dans les journaux et à la radio dans toute l'Île-du-Prince-Édouard. Ils ont fait preuve d'engagement envers le développement de l'enfant en santé et d'un esprit de collaboration tout au long du projet.

En 2002-2003, on a affecté 110 000 $ à l'initiative Partenariats au profit des enfants par l'intermédiaire de l'IDPE.

# III. Apprentissage et garde des jeunes enfants

## Accord-cadre multilatéral pour l'apprentissage et la garde des jeunes enfants du Canada

En mars 2003, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux des Services sociaux se sont entendus sur un cadre visant l'amélioration de l'accès à des programmes et services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants abordables et de qualité sous réglementation provinciale et territoriale. Cette initiative a pour objectif de promouvoir davantage le développement des jeunes enfants et de soutenir la participation des parents à la population active ou à un programme de formation par l'amélioration de l'accès à des programmes et services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants abordables et de qualité. L'Île-du-Prince-Édouard a participé activement à la rédaction et au soutien de l'accord multilatéral et continue de travailler à sa mise en œuvre.

Par l'intermédiaire de l'Accord-cadre multilatéral, le gouvernement du Canada transfère annuellement des fonds au gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard afin de lui permettre d'atteindre l'objectif décrit précédemment et de tirer profit des sommes importantes que le gouvernement provincial a déjà investies dans les programmes et services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants.

**Accord-cadre multilatéral pour l'apprentissage et la garde des jeunes enfants**
**Île-du-Prince-Édouard**

| 2003-2004 | 2004-2005 | 2005-2006 | 2006-2007 | 2007-2008 |
|---|---|---|---|---|
| 110 000 $ | 652 000 $ | 973 000 $ | 1 293 000 $ | 1 502 000 $ |

Dans le cadre de cet accord, l'Île-du-Prince-Édouard a accepté de rendre compte au public des programmes, des services et des dépenses de base.

# *Évolution de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants à l'Île-du-Prince-Édouard*

On a toujours considéré l'Île-du-Prince-Édouard comme une économie rurale comprenant des collectivités très unies et de grandes familles élargies. Bien que les programmes de la petite enfance à l'Île-du-Prince-Édouard remontent au début du XIX[e] siècle, les systèmes autorisés officiels de garde n'ont fait leur apparition que dans les années 1960. La première maternelle a ouvert ses portes à Charlottetown, en 1842, pour fermer en 1858. Dans les années 1940 et 1950, il n'y avait tout simplement pas, à l'Île-du-Prince-Édouard, de systèmes de garde officiels au sein desquels les gardiens étaient rémunérés pour leurs services.

Les Insulaires ont dû attendre les années 1960 pour voir apparaître les types de programmes de garde qui existent aujourd'hui. Les programmes de maternelle ont vu le jour durant cette période et les programmes de garde ou de jour à plein temps sont nés de ce mouvement. Entre 1969 et 1971, on a commencé à établir des centres en milieu rural.

En 1971, le gouvernement a désigné le ministère des Services sociaux comme organisme responsable de la réglementation des garderies et de la gestion de tout fonds public pouvant servir à la garde d'enfants. En 1972, le Collège Holland a commencé à offrir sur son campus de Charlottetown, où l'on trouvait également une garderie, un programme postsecondaire de deux ans en éducation de la petite enfance menant à un diplôme.

La loi régissant les centres de la petite enfance a été promulguée en 1973. Le règlement d'application du *Child Care Facilities Act* a été institué en 1978, à la suite d'un long processus de consultation avec le secteur des services aux enfants.

Au printemps 1974, on a formé un comité provisoire d'exploitants de centres autorisés de la petite enfance, dont la tâche consistait à former l'Association pour le développement de la petite enfance de l'Île-du-Prince-Édouard. L'Association, qui a été mise sur pied en tant qu'organisme sans but lucratif, demeure la seule association professionnelle d'éducateurs de la petite enfance dans la province.

# *Établissement de programmes et de services*

En 1977, le gouvernement a lancé le Programme de subventions pour les services de garde d'enfants pour aider les parents admissibles à payer les frais de garde. Auparavant, il payait tous les frais d'exploitation de six centres, alors que, dans d'autres régions, les parents ne bénéficiaient d'aucun soutien. Le nouveau programme de subventions visait à fournir aux familles admissibles partout dans l'Île un accès équitable à l'appui financier pour les frais de garde.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a instauré la politique sur les besoins spéciaux en 1982. Cette politique a permis d'augmenter le taux quotidien de rémunération pour les enfants présentant des besoins spéciaux qui participaient à des programmes autorisés de la petite enfance, afin d'inciter les centres à fournir un programme individuel aux enfants qui avaient besoin d'un soutien supplémentaire. On évaluait le revenu des parents et allouait les fonds par l'intermédiaire du Programme de subventions pour les services de garde d'enfants.

En 1985 et 1986, le ministère de la Santé et des Services sociaux a coordonné des consultations provinciales en vue de révisions au *Child Care Facilities Act* et à son règlement d'application. Le *Child Care Facilities Act* révisé comprend une définition claire des notions d' « enfant », de « garde d'enfants » et de « garderie », définit le rôle du Child Care Facilities Board et prévoit une procédure d'appel plus simple et efficace. Le règlement révisé traite de nombreux aspects de la garde d'enfants, notamment la supervision, la gestion du comportement et la définition des exigences des programmes. Pour la première fois à l'Île-du-Prince-Édouard, on a établi des exigences pour la formation du personnel.

Le nouveau règlement concernant la formation du personnel a entraîné une augmentation de la demande pour des cours postsecondaires en éducation de la petite enfance, et le Collège Holland a lancé le premier cours de perfectionnement dans ce domaine en septembre 1986. C'était la première fois en presque 20 ans qu'un programme à temps partiel menant à un diplôme en éducation de la petite enfance était offert dans la province.

Le bureau de l'éducation permanente de l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard a également répondu à la demande pour des cours en éducation de la petite enfance en commençant à en offrir aux personnes qui avaient besoin de compléter une formation connexe.

En septembre 1987, le gouvernement a adopté des *principes directeurs pour l'établissement de services de garde*. Ces principes touchaient cinq domaines clés, soit la qualité, l'abordabilité, la disponibilité, l'accès à des services pour les enfants présentant des besoins spéciaux et la participation des parents. Au même moment, il a annoncé la mise en œuvre du programme de financement direct pour les centres autorisés de la petite enfance. Ce programme comprenait un mélange de subventions de fonctionnement pour tous les programmes autorisés, et de subventions d'incitation à recevoir des bébés pour les centres accueillant ces derniers.

En octobre 1988, le ministère de la Santé et des Services sociaux a révisé sa politique pour les enfants présentant des besoins spéciaux et transféré les fonds affectés aux programmes individualisés au programme de financement direct, sous forme de subventions aux centres. Le nouveau programme, qui prévoit une approche intégrée pour les plans de programmes individualisés, a permis aux centres de maximiser les ressources.

# *Progrès récents*

En 2000, le gouvernement a annoncé la mise en place d'un programme de maternelles communautaires publiques à l'Île-du-Prince-Édouard, dont la gestion est assurée par deux ministères. Le ministère de l'Éducation est en effet responsable des programmes scolaires, des ressources des programmes et du financement pour tous les enfants de cinq ans, alors que le ministère de la Santé et des Services sociaux est chargé de la délivrance des licences, de la surveillance, de la certification du personnel et du financement du soutien aux enfants présentant des besoins spéciaux.

Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard continue de soutenir l'apprentissage et la garde des jeunes enfants en tant que question politique et socioéconomique. Le budget provincial pour la garde d'enfants ne cesse d'augmenter, ayant passé de 395 100 $ en 1981-1982 à 4,5 millions de dollars en 2002-2003.

# *Population*

Le Trésor de l'Île-du-Prince-Édouard (division de l'économie, des statistiques et des relations financières fédérales) rapporte les estimations démographiques suivantes pour les enfants de la naissance à l'âge de six ans en 2003 :

| Estimations démographiques (2003) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Âge de l'enfant** | **Kings** | **Queens** | **Prince** | **Total** |
| 0 | 177 | 709 | 498 | 1383 |
| 1 | 200 | 706 | 485 | 1391 |
| 2 | 193 | 734 | 477 | 1405 |
| 3 | 214 | 802 | 500 | 1517 |
| 4 | 226 | 823 | 523 | 1572 |
| 5 | 225 | 797 | 495 | 1518 |
| 6 | 254 | 869 | 530 | 1653 |
| **Total** | **1490** | **5441** | **3508** | **10439** |

Selon les données du *Recensement de 2001*, le taux de participation des femmes à la population active est toujours élevé à l'Île-du-Prince-Édouard :

| Participation des femmes à la population active – Î.-P.-É. | |
|---|---|
| Femmes ayant des enfants à la maison | 78,2 % |
| Femmes ayant seulement des enfants de moins de six ans | 81,8 % |
| Femmes ayant des enfants de plus et de moins de six ans | 83,4 % |
| Femmes ayant seulement des enfants de plus de six ans | 76,5 % |

(Source : *Recensement de 2001*, tableau n° 95F0490XCB01002.ivt).

À l'aide de chiffres approximatifs, l'Unité de ressources et de recherche sur la petite enfance de l'Université de Toronto (Friendly *et al.*, 2002) rapporte le nombre suivant d'enfants dont la mère participe à la population active à l'Île-du-Prince-Édouard :

| Enfants dont la mère participe à la population active<br>Île-du-Prince-Édouard – 2001 (chiffres approximatifs) | |
|---|---|
| Âge de l'enfant | Nombre d'enfants |
| Moins de 3 ans | 3200 |
| De 3 à 5 ans | 3500 |
| De 6 à 12 ans | 10100 |
| Total – De 0 à 12 ans | 16900 |

# *Child Care Facilities Act*

À l'Île-du-Prince-Édouard, le *Child Care Facilities Act* régit le fonctionnement des programmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, alors que son règlement d'application traite de la délivrance des licences, des installations matérielles, de la santé publique, des mesures de sécurité et d'urgence en cas d'incendie, de la nutrition, de l'administration, de la dotation et de la certification. Le Child Care Facilities Board, que l'on décrit dans la loi, compte des représentants multidisciplinaires, notamment en santé et en éducation, des parents et des éducateurs de la petite enfance. Il incombe au Child Care Facilities Board de s'assurer que les services de garde offerts sont sûrs et de bonne qualité et qu'ils conviennent aux besoins des enfants. Ce conseil surveille les programmes, enquête sur les plaintes et délivre des licences.

On peut délivrer des licences à des établissements de type 1, dont les centres de la petite enfance (école maternelle, garderie éducative et garderie à plein temps pour des groupes d'enfants dont l'âge varie), et à des établissements de type 2, dont les garderies en milieu familial, les centres de garde pour enfants d'âge scolaire et les haltes-garderies.

Le programme de surveillance du gouvernement comprend une visite annuelle menée par des inspecteurs accrédités et prévue par la loi. Le gouvernement finance aussi le programme MAEE, dans le cadre duquel on se sert de l'échelle de mesure de l'environnement de la petite enfance – version révisée (HARMS, T., R.M. CLIFFORD et D. CRYER. *Early Childhood Environment Rating Scale - Revised*, New York, Teachers College Press, 1998). Cette échelle est utilisée pour évaluer la qualité et surveiller son amélioration. La participation au programme MAEE est volontaire, mais plus de 95 % des garderies à plein temps y participent.

**Ratios personnel-enfants et exigences relatives à la taille des groupes dans les garderies réglementées et en milieu familial**

| Âge de l'enfant | Ratio personnel-enfants | Taille maximale des groupes |
|---|---|---|
| Moins de 2 ans | 1 : 3 | 6 |
| 2 ou 3 ans | 1 : 5 | non précisée |
| De 3 à 5 ans | 1 : 10 | non précisée |
| 5 ou 6 ans | 1 : 12 | non précisée |
| Plus de 7 ans | 1 : 15 | non précisée |

| Exigences relatives à la formation du personnel | |
|---|---|
| Établissements de type 1 : centres de la petite enfance, notamment les maternelles et les centres d'apprentissage et de garde des jeunes enfants à plein temps | • Les superviseurs du centre et au moins un employé à temps plein doivent avoir réussi un programme d'au moins un an menant à un diplôme d'études postsecondaires en éducation de la petite enfance; le règlement prévoit d'autres options, notamment la réussite d'un programme de deux ans ou un diplôme dans un domaine connexe.<br>• Afin d'être certifié « superviseur de la petite enfance », l'employé doit avoir suivi une formation théorique et posséder un nombre d'années d'expérience précis (p. ex. un programme d'un an menant à un diplôme, combiné à trois ans d'expérience, ou un programme de deux ans menant à un diplôme, combiné à deux ans d'expérience).<br>• Tout le personnel doit suivre 30 heures de formation sur place tous les 3 ans. |
| Établissements de type 2 : garderies en milieu familial, centres de garde pour les enfants d'âge scolaire et haltes-garderies | • Le personnel doit suivre au moins 30 heures de formation appropriée à l'âge des enfants.<br>• Il doit fournir des références de soutien d'au moins deux membres de la collectivité. |
| Dans chaque centre ou foyer, on doit trouver, en tout temps, au moins un employé qui a récemment suivi une formation en secourisme auprès d'un organisme reconnu à l'échelle provinciale. | |

## *Maternelles communautaires publiques*

Les programmes de maternelle sont offerts par l'intermédiaire du système réglementé d'apprentissage et de garde des jeunes enfants, environ la moitié d'entre eux faisant partie intégrante d'un programme de la petite enfance à plein temps. Un tel programme comprend un cours de maternelle, auquel l'enfant participe pendant la journée. Bien que le cours de maternelle de trois heures soit offert gratuitement partout, les parents doivent payer les frais facturés par le centre pour le reste de la journée.

Il existe également des programmes de maternelle d'une demi-journée. Environ 30 % des programmes d'une demi-journée ont lieu dans des salles de classe libres dans les écoles primaires. Les maternelles qui sont situées dans un établissement scolaire doivent former un conseil de parents et sont essentiellement limitées à la prestation de programmes d'une demi-journée, sauf quelques exceptions.

Les ministères de l'Éducation ainsi que de la Santé et des Services sociaux partagent la responsabilité des maternelles. Le ministère de l'Éducation, qui est responsable du programme d'études et de la formation sur place, finance les programmes de maternelle de base d'une demi-journée. Des « mentors de la maternelle », affectés au ministère de l'Éducation, visitent les centres et fournissent un service de consultation sur place quant à la mise en œuvre du programme scolaire provincial.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est chargé de délivrer des licences aux maternelles, de certifier le personnel et d'offrir du financement pour soutenir l'intégration des enfants présentant des besoins spéciaux aux programmes. Les maternelles sont exploitées conformément au *Child Care Facilities Act*.

La participation aux programmes de maternelle n'est pas obligatoire. Toutefois, en 2002-2003, 97 % des enfants admissibles y ont participé. L'Île-du-Prince-Édouard apporte actuellement des changements à l'âge minimal pour s'inscrire à la maternelle ou pour commencer l'école afin de s'assurer que les enfants ont six ans au 31 août de leur première année scolaire. Ces changements seront apportés graduellement, sur une période de six ans à partir de l'année scolaire 2003-2004. On a décidé d'adopter une approche graduelle afin de minimiser, dans la mesure du possible, l'incidence des changements sur les familles, les systèmes scolaires publics et les maternelles.

Les programmes durent de sept à dix mois par an et offrent des cours de langue et de mathématiques de base orientés vers le jeu. Le programme en anglais est adapté à partir du programme d'éducation des provinces de l'Atlantique, alors que celui en français est élaboré à l'échelle provinciale.

Le programme de maternelle de base ne doit pas durer plus de trois heures par jour, cinq jours par semaine, ou l'équivalent, et doit fournir douze heures d'enseignement par semaine.

# *Disponibilité et accessibilité*

On aborde la planification des programmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants en fonction du contexte plus général de la Stratégie de développement de l'enfant en santé de l'Île-du-Prince-Édouard. Toutefois, alors que le Secrétariat à l'enfance soutient les collectivités pendant le processus de planification, la création comme telle et l'exploitation des centres autorisés de la petite enfance incombent à chaque exploitant ou propriétaire et aux organismes communautaires sans but lucratif.

**Nombre de places en garderie à temps partiel et à plein temps par type 2002-2003**

| | Centre de la petite enfance | | Garderie en milieu familial |
|---|---|---|---|
| **Type de places** | **Plein temps** | **Temps partiel** | |
| Bébés | 60 | – | 10 |
| Âge préscolaire | 3931 | 67 | 15 |
| Âge scolaire | – | 596 | 10 |
| **Total** | 3991 | 663 | 35 |

La majorité (76 %) des centres réglementés de la petite enfance à plein temps sont détenus et exploités par le secteur privé (2002-2003). Le reste des centres (24 %) sont exploités par des conseils communautaires sans but lucratif ou d'autres organismes communautaires (p. ex. églises).

Afin de calculer la disponibilité des places en garderie pour les enfants de l'Île, on a inclus la moitié des enfants âgés de six ans, parce que le système d'apprentissage et de garde des jeunes enfants comprend la maternelle et que certains enfants de six ans (ceux qui sont nés entre janvier et juin) font donc partie du système de la petite enfance. Si l'on utilise une population totale de 9 611 enfants (moins de six ans et la moitié des enfants de six ans), l'Île-du-Prince-Édouard comptait, en 2002-2003, des places en garderie autorisée pour environ 42,5 % de tous les enfants, de la naissance à l'âge de six ans (inclusivement). Cela comprend les places en maternelle qui font partie du système d'apprentissage et celles de garde des jeunes enfants.

Des 4 083 places à temps partiel et à plein temps destinées aux enfants de la naissance à l'âge de 6 ans, seulement 70 (1,7 %) sont disponibles pour les enfants de moins de 2 ans. Alors que la pénurie de places réservées aux bébés pose problème pour les parents qui travaillent, environ 59 % de tous les enfants de 2 à 6 ans (6 837 enfants) ont une place en garderie, ce qui est considérablement élevé.

# *Abordabilité*

Le coût des programmes autorisés d'apprentissage et de garde des jeunes enfants est l'un des principaux obstacles à la participation des familles comprenant de jeunes enfants. Malgré le prix relativement élevé que doivent payer les parents, les frais des programmes autorisés ne permettent pas aux centres de fournir des salaires et des avantages sociaux proportionnels aux études et au niveau de responsabilité des éducateurs de la petite enfance.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont tenté de résoudre ce problème en accordant des subventions aux parents à faible revenu et des subventions de fonctionnement aux centres. À l'Île-du-Prince-Édouard, le Programme de subventions pour les services de garde d'enfants a été lancé en 1977 et est administré par les régies régionales des services de santé partout dans la province.

Le Programme de subventions pour les services de garde d'enfants ne facture aucuns frais d'utilisation aux parents, mais les services de garde peuvent exiger des frais supérieurs au montant maximal de la subvention accordée par le Programme et demander aux parents de payer la différence. Une fois qu'on a déterminé l'admissibilité des parents à la subvention, ceux-ci peuvent inscrire leurs enfants à n'importe quel centre de garde ou garderie en milieu familial autorisé. Le montant maximal de la subvention dépend de l'âge de l'enfant :

| **Subvention quotidienne maximale 2002-2003** | |
|---|---|
| Bébés (moins de 2 ans) | 24 $ |
| 2 ou 3 ans | 20 $ |
| 3, 4 ou 5 ans | 19 $ |
| Enfants d'âge scolaire | 18 $ |

En 2002-2003, on a dépensé un total de 3 256 100 $ pour le Programme de subventions pour les services de garde d'enfants.

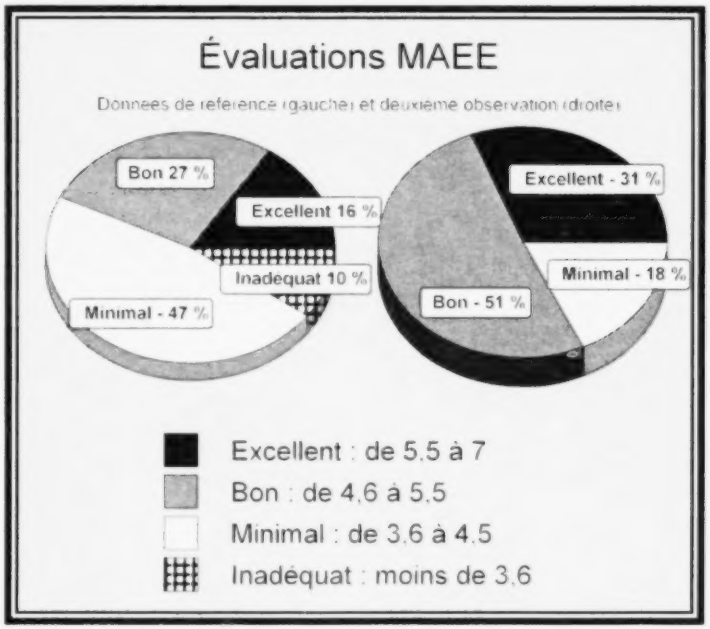
On détermine l'admissibilité aux subventions en examinant la raison pour laquelle la famille a besoin d'utiliser des services de garde et en analysant les besoins de l'enfant. Une évaluation du revenu tenant compte du revenu familial et de la taille de la famille permet de déterminer l'admissibilité à une subvention complète ou partielle.

| Programme de subventions pour les services de garde d'enfants 2002-2003 | | | |
|---|---|---|---|
| **Critères d'admissibilité relatifs au revenu** | **Taille de la famille** | **Point de changement*** | **Limite**** |
| | Parent seul, un enfant | 13 440 $ (net) | 25 440 $ (net) |
| | Deux parents, deux enfants | 19 200 $ (net) | 51 040 $ (net) |
| **Frais supplémentaires ou d'utilisation** | Il n'y a aucuns frais d'utilisation, mais les centres peuvent facturer aux parents la différence entre les frais du centre et le montant maximal de la subvention. | | |
| **Services admissibles** | Toute garderie en milieu familial ou tout centre autorisé est admissible; dans de rares cas, une subvention peut être accordée pour un centre non autorisé. | | |

* Le point de changement représente le niveau de revenu maximal auquel une subvention complète est accordée.
** Une subvention partielle est accordée jusqu'au niveau de revenu maximal; aucune subvention n'est accordée au-delà de cette limite.

# *Qualité*

Il est généralement admis que les avantages que tirent les enfants d'une participation à des programmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants sont directement liés à la qualité des programmes auxquels ils participent. Toutefois, la qualité en soi constitue toujours un sujet d'étude pour les chercheurs et les décideurs dans le monde entier.




À l'Île-du-Prince-Édouard, on a déployé des efforts concertés pour améliorer la qualité des programmes en lançant le programme MAEE. Ce programme est un partenariat réussi entre le ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard, l'Association pour le développement de la petite enfance de l'Île-du-Prince-Édouard et tous les centres autorisés de la petite enfance à plein temps de l'Île. Ce programme est financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, puisqu'il est considéré comme un volet de la Stratégie du développement de l'enfant en santé de l'Île-du-Prince-Édouard.

Le modèle de consultation sur place fait appel à des consultants en programme externes ayant suivi une formation en éducation de la petite enfance et acquis de l'expérience au sein de centres autorisés, en plus d'utiliser l'échelle de mesure de l'environnement de la petite enfance – version révisée (ECERS-R) et l'échelle supplémentaire canadienne (ÉSC). Le processus de consultation consiste à recueillir des renseignements et des ressources, à offrir des séances de formation et à amener les gens à prendre part à un processus d'évaluation. Bien que le modèle de consultation sur place de *Keeping the Door Open* ait été utilisé pour documenter et guider le travail au cours des dix premiers mois du projet pilote, le modèle MAEE a évolué en devenant axé sur les stratégies de développement fondées sur les collectivités et les atouts. La nature des relations établies et des processus utilisés pour soutenir ces relations constitue le facteur le plus important des consultations MAEE.

## *Intégration*

En 1988, le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard a lancé le Programme de subvention des besoins spéciaux afin d'inciter les centres autorisés de la petite enfance à offrir des programmes inclusifs aux enfants qui ont besoin d'aide supplémentaire pour participer aux activités du centre et atteindre les objectifs en matière de développement. On utilise les fonds reçus pour embaucher du personnel supplémentaire afin de diminuer les ratios personnel-enfants du centre. Des ratios personnel-enfants plus faibles permettent à tous les employés de fournir du soutien supplémentaire aux enfants qui en ont besoin.

Le financement et les demandes de financement pour les enfants présentant des besoins spéciaux ne cessent d'augmenter d'une année à l'autre.

**Soutien pour les enfants présentant des besoins spéciaux**

| | 2000-2001 | 2001-2002 | 2002-2003 |
|---|---|---|---|
| **Nombre d'enfants (temps partiel et plein temps)** | 165 | 164 | 175 |
| **Nombre de centres** | 55 | 56 | 58 |
| **Allocation budgétaire** | 580 200 $ | 880 200 $ | 880 200 $ |
| **Dépenses budgétaires*** | 779 378 $ | 867 148 $ | 1 060 134 $ |

* Comprend le dépassement de crédit nécessaire pour éliminer les listes d'attente pour le soutien aux enfants présentant des besoins spéciaux.

## *Choix des parents*

Le ministère de la Santé et des Services sociaux fournit aux parents des ressources pour les aider à prendre des décisions éclairées concernant le choix d'un programme de la petite enfance.

Le *Parents' Guide to Early Childhood Programs* présente aux parents des renseignements sur les subventions et ce à quoi ils doivent s'attendre, en plus de décrire les types d'exigences pour les centres autorisés. On conseille vivement aux parents de visiter les centres avant d'en choisir un pour leur enfant, en plus de les inciter à discuter des politiques des centres. Le guide contient une liste de questions qui aideront les parents à mieux comprendre les activités quotidiennes des programmes de la petite enfance.

Un répertoire des programmes de garde autorisés fournit aux parents des renseignements sur tous les programmes autorisés offerts à l'Île-du-Prince-Édouard et contient des renseignements sur les subventions pour services de garde.

## *Main-d'œuvre*

En 2001, le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard a soutenu l'Association pour le développement de la petite enfance de l'Île-du-Prince-Édouard en menant une enquête sur les salaires et les conditions de travail dans le domaine de la garde d'enfants. Le rapport *Review and Analysis of the Prince Edward Island Early Childhood Education Industry* comprend les salaires horaires bruts médians du personnel des centres (personnel à temps partiel et à plein temps combinés) :

- personnel diplômé (ayant suivi une formation d'au moins un an en apprentissage et en garde de jeunes enfants) : 8 $ l'heure;
- personnel non diplômé : 7,01 $ l'heure;
- personnel travaillant avec des enfants présentant des besoins spéciaux : 9 $ l'heure.

## *Autre type de financement*

Le ministère de la Santé et des Services sociaux verse des fonds de fonctionnement aux centres autorisés. Toutefois, ces fonds sont limités aux centres qui ont été autorisés avant 1992. Environ la moitié des centres et des garderies réglementées en milieu familial ne reçoivent aucune subvention de fonctionnement.

| Subventions de fonctionnement | |
|---|---|
| **Centre à plein temps** | 0,91 $/jour/place |
| **Centre à temps partiel (garderies éducatives, prématernelles, centres de garde pour enfants d'âge scolaire)** | 12 enfants ou moins – 682 $ par année |
| | De 12 à 24 enfants – 1 092 $ par année |
| | De 24 à 50 enfants – 1 820 $ par année |
| **Garderies en milieu familial** | 450 $ par année |
| Des subventions d'incitation à recevoir des bébés (250 $ par année) sont également versées aux centres et aux garderies en milieu familial qui accueillent régulièrement au moins un enfant de moins de 2 ans pendant au moins 6 mois par année. | |

## *Formation et perfectionnement*

Les ministères de l'Éducation ainsi que de la Santé et des Services sociaux versent chacun une allocation annuelle à l'Association pour le développement de la petite enfance pour l'aider à acheter des ressources et soutenir les activités de perfectionnement. En 2002-2003, chaque ministère a alloué 8 600 $ à l'Association, pour un total de 17 200 $.

# *IV. Indicateurs du mieux-être des enfants*

« Les premières années de la vie sont très importantes pour le développement et le bien-être d'un enfant puisque c'est à ce moment-là que s'acquièrent les capacités et les habiletés d'adaptation qui influeront sur l'apprentissage, le comportement et la santé. »[1] [Traduction]

Depuis un certain nombre d'années, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada travaillent ensemble et avec les collectivités à l'amélioration du mieux-être des enfants. Les gouvernements ont reconnu l'importance de surveiller et de faire régulièrement des rapports sur l'état du mieux-être des jeunes enfants pour élaborer des politiques réfléchies et améliorer la sensibilisation et la compréhension de la population. Dans leur communiqué de septembre 2000 sur le développement de la petite enfance, les premiers ministres se sont engagés « à faire régulièrement des rapports publics sur les indicateurs de résultats du mieux-être des enfants au moyen d'un ensemble d'indicateurs communs convenus [...] liés aux objectifs démontrés en matière de développement de la petite enfance. » [Traduction]

L'Île-du-Prince-Édouard produira des rapports sur les indicateurs du mieux-être des enfants dans les catégories suivantes :

- Santé physique
- Protection et sécurité
- Développement de la petite enfance (comprend le développement socioaffectif)
- Indicateurs familiaux
- Indicateurs communautaires

[1] Communiqué des premiers ministres sur le développement de la petite enfance. Septembre 2000.

# 1. Santé physique

## A. Mortalité infantile

« Au Canada, le XX[e] siècle a été marqué par une régression spectaculaire de la mortalité infantile. »[2] Autrefois courante, la mortalité infantile est maintenant relativement rare. Par conséquent, les chercheurs de Statistique Canada attribuent cette tendance positive aux « efforts déployés en vue de protéger la santé des enfants canadiens »[3].

Le taux de mortalité infantile est une mesure reconnue de la santé de l'enfant. La diminution du taux de mortalité infantile la plus importante a eu lieu au cours des trois dernières décennies. Statistique Canada a récemment comparé les tendances à long terme de notre taux de mortalité infantile à celles des États-unis, du Royaume-Uni, de la France et de la Suède. Elle a entre autres constaté que, parmi ces pays, c'est le Canada qui a enregistré la diminution du taux de mortalité infantile la plus grande de 1970 à 1995. La période d'amélioration la plus importante s'étend de 1970 à 1975, soit en même temps que l'introduction des soins médicaux universels.

Pour ce motif, l'indicateur de la mortalité infantile est étroitement lié au statut économique et aux facteurs sociaux. Le taux de mortalité infantile est intimement lié à l'efficacité des soins médicaux, des soins préventifs et de l'attention portée à la santé de la mère et de l'enfant. Il reflète aussi les facteurs sociaux dans l'environnement d'un bébé, tels que l'éducation maternelle, le tabagisme et les privations, indicateurs que l'on abordera individuellement plus loin.

***Quel rang occupe actuellement le Canada?***

Parmi les pays développés, un taux de mortalité infantile de moins de 4 par 1 000 naissances vivantes est jugé extrêmement bon. Six pays ont atteint ce faible taux de mortalité infantile en 2000 : l'Islande (3), le Japon (3,2), la Suède (3,4), la Finlande (3,8), la Norvège (3,8) et l'Espagne (3,9).[4] Parmi les 30 états membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada occupe le 14[e] rang, avec un taux de mortalité infantile de 5,3.

Les chercheurs ont remarqué que divers pays sont passés devant le Canada vu la stagnation de son taux de mortalité infantile au milieu des années 90. Par conséquent, bien que le régime d'assurance-maladie ait été en mesure d'éliminer des différences régionales de longue date entre les taux de mortalité infantile, les écarts entre les taux de mortalité associés au revenu demeurent un problème. Dans notre société, les différences entre les taux de mortalité infantile les plus importantes sont entre les régions riches et pauvres.[5]

---

[2] « L'état de santé des enfants », *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, catalogue 82-003), 1(3), 1999 p. 27-38.

[3] *Ibid.*

[4] OCDE, « décès/1 000 naissances vivantes », *Eco-Santé OCDE 2003* (www.oecd.int), le 24 novembre 2003. Cette source ne contient aucune donnée sur la Corée et la Nouvelle-Zélande pour 2000.

[5] « L'état de santé des enfants ».

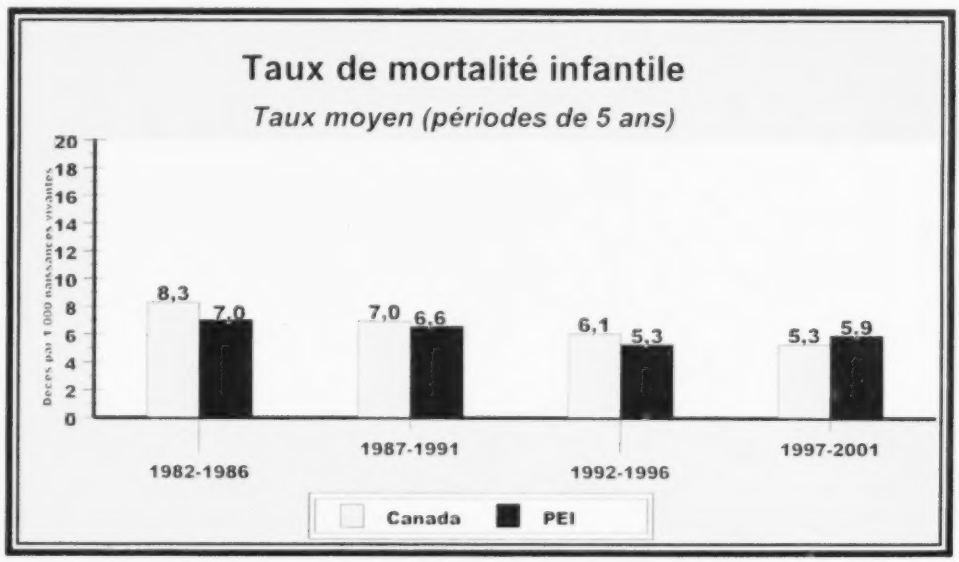
***Quel rang occupe actuellement l'Île-du-Prince-Édouard au sein du Canada?***

En 2001, année des dernières données confirmées sur la mortalité infantile, l'Île-du-Prince-Édouard affichait un taux de mortalité infantile relativement élevé. Alors que le taux du Canada était de 5,2, le taux de l'Île-du-Prince-Édouard s'élevait à 7,2. Notre taux provincial était le plus élevé de toutes les provinces canadiennes.

***Cette tendance élevée du taux de mortalité infantile est-elle constante?***

La petite taille de l'échantillon de l'Île-du-Prince-Édouard signifie qu'une augmentation ou une diminution de quelques cas peut faire varier considérablement le taux d'une année à l'autre. En 2000, le taux de mortalité infantile de l'Île-du-Prince-Édouard était le plus faible de toutes les provinces canadiennes, soit 3,2.

Pour ce motif, des taux moyens sur des périodes de cinq ans donnent souvent un meilleur aperçu des tendances. Les données présentées dans le tableau suivant représentent les taux de mortalité infantile moyens sur cinq ans des deux dernières décennies, soit de 1982 à 2001.

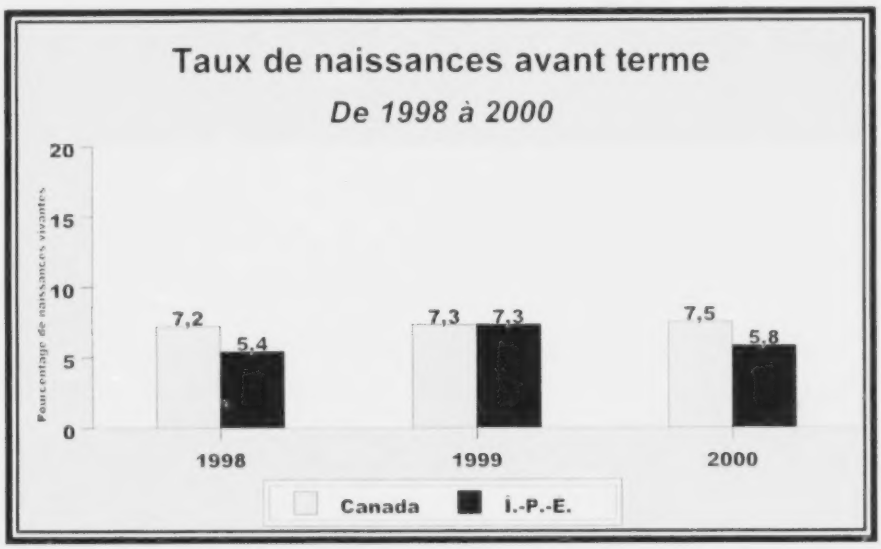



- Au cours des deux dernières décennies, le taux de mortalité infantile de l'Île-du-Prince-Édouard et du Canada n'ont pas cessé de diminuer.

- Le taux de mortalité infantile de l'Île-du-Prince-Édouard a diminué de 15 % au cours de ces deux décennies.

## B. Taux de naissances avant terme

Le taux de naissances avant terme est le pourcentage de naissances vivantes dont l'âge gestationnel à la naissance est inférieur à 37 semaines accomplies (moins de 259 jours). Au Canada, entre 75 et 85 % de toutes les mortalités prénatales résultent de naissances avant terme. Des enfants qui survivent, bon nombre développent des problèmes de santé. Les naissances avant terme peuvent provoquer des problèmes respiratoires, diverses infections et des troubles neurologiques du développement chez le bébé.




**Source : Statistique Canada**

- Le taux de naissances avant terme de l'Île-du-Prince-Édouard était inférieur à la moyenne canadienne en 1998 et 2000, mais identique à celle-ci en 1999.

**De plus**, en 2000, c'est l'Île-du-Prince-Édouard qui affichait le taux de naissances avant terme le plus faible de toutes les provinces canadiennes, le deuxième taux le plus faible étant de 6,7.

## C. Poids santé à la naissance

Le poids à la naissance est aussi un important indicateur de la santé des nouveau-nés et un facteur clé influant sur la survie, la santé et le développement des bébés. Il s'agit d'une mesure fiable des chances de survie d'un bébé et de sa santé future.

**i) Faible poids à la naissance**

Le faible poids à la naissance est rapporté comme le pourcentage des naissances d'enfants vivants pesant moins de 2 500 g (un peu plus de 5 lb). Il existe une forte corrélation entre la mortalité périnatale et infantile et le faible poids à la naissance.[6] Les enfants dont le poids à la naissance est faible sont plus susceptibles que les autres de mourir au cours de leur première année et, s'ils survivent, de souffrir d'un handicap ou de maladies comme l'infirmité motrice cérébrale, de troubles de la vue, de difficultés d'apprentissage et de problèmes respiratoires.[7]

Le faible poids à la naissance est plus répandu chez les enfants des mères jeunes et âgées que chez les enfants de celles qui ont entre 25 et 34 ans. Il est aussi lié de façon évidente à la prématurité, car près de la moitié des enfants prématurés pèsent moins de 2 500 g, comparativement à seulement 2 % des enfants nés après 37 semaines ou plus de gestation. Le rang des naissances influe également sur le poids à la naissance; le faible poids à la naissance est plus répandu chez les premiers nés et chez les enfants de quatrième rang ou plus que chez ceux de deuxième et de troisième rangs de naissance.[8]

Le faible poids à la naissance est associé à une santé, un mode de vie et une situation économique médiocres chez la mère. Des soins médicaux appropriés et un mode de vie sain pour la mère peuvent augmenter les chances que le bébé ait un poids santé à la naissance. L'usage du tabac durant la grossesse est le principal facteur de risque « évitable » ayant un lien clairement démontré avec l'insuffisance pondérale à la naissance, et l'une des causes des fœtus « petits pour l'âge gestationnel », des accouchements prématurés, des avortements spontanés, du syndrome de détresse respiratoire et de la mort subite du bébé. Les effets à long terme comprennent de plus faibles facultés cognitives et un retard de croissance.

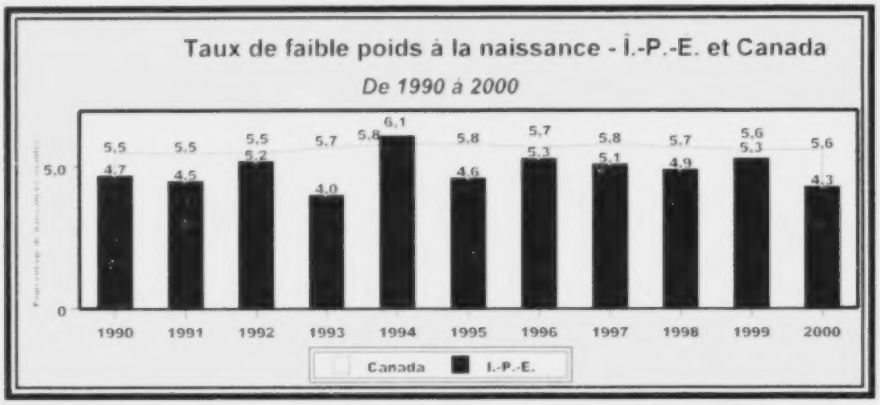
---

[6] *Ibid.*

[7] Jiajian Chen et Wayne J. Millar, « Issue de la grossesse, milieu social et santé de l'enfant ». *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, catalogue 82-003), 10(4), 1999, p. 59-72.

[8] François Nault, « Mortalité infantile et faible poids à la naissance, 1975 à 1995 ». *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, catalogue 82-003-XPB), 3(9), 1997, p. 43-51.

Le faible poids à la naissance est étroitement lié à la mortalité infantile. En outre, on recueille des données pour cet indicateur du mieux-être des enfants depuis de nombreuses années. Le tableau ci-après présente une tendance sur dix ans des taux de faible poids à la naissance, soit de 1990 à 2000. Un taux bas de bébés de faible poids à la naissance est un bon indicateur de la santé des bébés. Parmi les pays développés, on considère qu'un taux de faible poids inférieur à cinq est bon.[9]




- Au cours de la dernière décennie, les données recueillies pour l'Île-du-Prince-Édouard et le Canada ne révèlent aucune hausse ou baisse importante du taux de faible poids à la naissance.

- En général, le taux de faible poids à la naissance de l'Île-du-Prince-Édouard était inférieur à la moyenne canadienne de 1990 à 2000.

- La proportion de bébés de faible poids à la naissance à l'Île-du-Prince-Édouard est jugée bonne selon les normes nationales et internationales.

**De plus**, en 2000, c'est l'Île-du-Prince-Édouard qui affichait la proportion de bébés de faible poids à la naissance la plus faible de toutes les provinces canadiennes. Des données sur le faible poids à la naissance sont également présentées dans la section sur le tabagisme de la mère, que l'on aborde dans l'évaluation des indicateurs familiaux.

**ii) Poids élevé à la naissance**

Le taux de poids élevé à la naissance correspond au pourcentage de naissances d'enfants vivants pesant plus de 4 000 g (un peu moins de 9 lb).

Les raisons pour lesquelles certains bébés ont un poids élevé à la naissance varient. Les femmes qui ont déjà vécu plus d'une grossesse sont plus susceptibles d'avoir un bébé pesant plus de 4 000 g. Toutefois, le poids élevé à la naissance est fortement associé à l'obésité maternelle et, dans une moindre mesure, au diabète gestationnel. Le diabète gestationnel comporte des dangers importants pour l'enfant et la mère et accroît le risque, pour celle-ci, d'être atteinte de diabète non

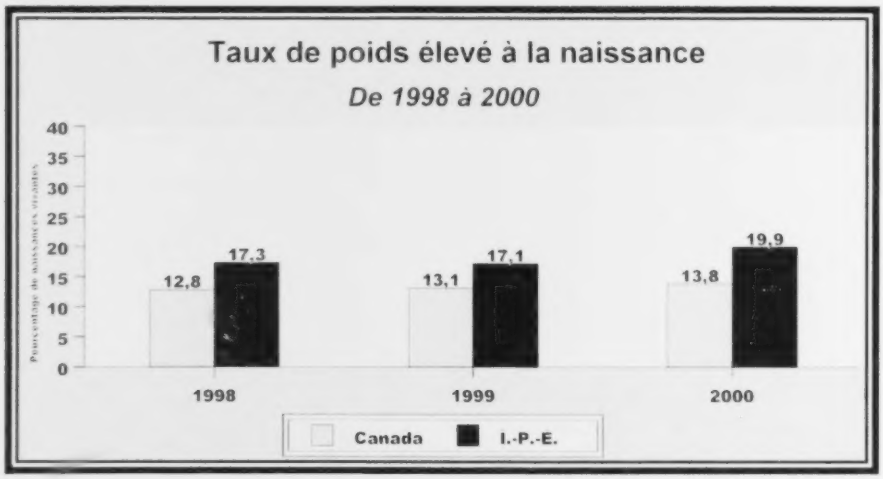
[9] OCDE, *CD-ROM de données sur la santé de l'OCDE*, 2001.

insulinodépendant à un âge plus avancé. Pour les bébés nés de mères diabétiques, le risque futur d'hypoglycémie est plus élevé.

Chez les bébés dont le poids est élevé à la naissance, le potentiel de complications, tant pour la mère que l'enfant, est plus élevé durant l'accouchement. Pour la mère, le long travail et le risque élevé de traumatisme du canal génital sont des conséquences possibles. L'augmentation de l'incidence des césariennes, qui présentent un autre ensemble de facteurs de risque, a également été associée au poids élevé à la naissance. Pour le bébé, un poids élevé à la naissance signifie un plus grand risque d'asphyxie, de fractures déprimées, d'hématomes et d'autres traumatismes crâniens. Les blessures résultant d'une présentation difficile de l'épaule à la naissance comprennent les fractures de la clavicule ainsi que la paralysie de l'épaule et du visage en raison de la lésion des nerfs.

Les bébés de poids élevé à la naissance ont tendance à présenter de pauvres habiletés motrices et plus de difficultés à régler leur comportement. Ils ont également tendance à être plus difficiles à réveiller, à éprouver des difficultés d'alimentation et à avoir des problèmes à maintenir un état d'éveil calme.

On a commencé à recueillir des données sur le poids élevé à la naissance il y a seulement quelques années. Le tableau ci-après présente les données nationales et provinciales pour trois ans, soit de 1998 à 2000.




- Contrairement au taux de faible poids à la naissance, le taux de poids élevé à la naissance de l'Île-du-Prince-Édouard était supérieur à la moyenne nationale de 1998 à 2000.

**De plus**, en 2000, c'est l'Île-du-Prince-Édouard qui possédait le taux de poids élevé à la naissance le plus élevé de toutes les provinces canadiennes.

## D. Immunisation

À l'Île-du-Prince-Édouard, l'immunisation des enfants, y compris tous les vaccins et les inoculations, est gérée par les infirmières en santé publique. Habituellement, on immunise les enfants contre les maladies infantiles courantes et leur injecte des vaccins à deux, quatre, six, douze, quinze et dix-huit mois. On leur administre un autre vaccin vers l'âge de quatre ans.

Le taux d'immunisation des enfants est normalement mesuré par l'incidence (soit le taux de nouveaux cas par année) de trois maladies infantiles. Il s'agit de la méningococcie invasive, de la rougeole et de l'hémophilus influenzae de type B (HIB). Ces trois maladies sont évitables au moyen des programmes d'immunisation appropriés.

**i) L'incidence de la méningococcie**

Maintenant, on peut même immuniser les enfants de deux mois contre cette maladie grâce à de nouveaux vaccins très efficaces. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommande trois doses de ce vaccin aux âges de deux, quatre et six mois afin d'assurer une immunisation systématique. La plupart des cas de méningococcie se manifestent dans le groupe d'âge situé entre 0 et 19 ans, et les programmes d'immunisation sont en général axés sur ce groupe. L'incidence de cette maladie pourrait beaucoup diminuer si ces protocoles étaient respectés.

Comme la plupart des autres compétences au Canada, l'Île-du-Prince-Édouard ne donne actuellement pas ce vaccin selon les recommandations du CCNI. Toutefois, elle le donne aux personnes présentant un risque d'infection accru en raison d'une splénectomie ou d'une immunodéficience équivalente.

**ii) L'incidence de la rougeole**

Tous les territoires et les provinces ont adopté l'objectif fixé par l'Organisation panaméricaine de la santé visant à éliminer la rougeole au sein de leur population. Deux doses de vaccin contre la rougeole sont nécessaires pour une protection complète; la première dose est donnée à l'âge de douze mois et la seconde, à l'âge de dix-huit mois, entre les âges de quatre et six ans ou encore avant l'entrée à l'école. L'Île-du-Prince-Édouard a adopté un programme d'immunisation comprenant entre autres la seconde dose pour la rougeole, en 1997.

### iii) L'hémophilus influenzae de type B (invasif)

Le HIB invasif était la forme la plus commune de méningite bactérienne et une cause principale d'autres infections invasives graves chez les enfants avant l'apparition des vaccins contre le HIB. Les cas inévitables par vaccination sont rares maintenant. On donne quatre doses de ce vaccin, en combinaison avec celui contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la polio, avant l'âge de deux ans. L'Île-du-Prince-Édouard a adopté ce calendrier de quatre doses de vaccin en 1992.

Le tableau ci-après présente l'incidence de la rougeole, ainsi que de la méningococcie et du HIB invasifs. Le taux est calculé selon l'incidence par 100 000 enfants de 5 ans ou moins.

**Incidence des maladies infantiles évitables**
**De 1998 à 2001**

| | | 1998 | 1999 | *2000* | *2001* |
|---|---|---|---|---|---|
| **Rougeole** | Canada | 0.3 | 0.5 | 3.7 | 0.3 |
| | Î.-P.-É. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Méningococcie invasive** | Canada | 0.4 | 0.5 | 0.7 | 1.3 |
| | Î.-P.-É. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **HIB invasif** | Canada | 0.8 | 0.8 | 0.4 | 0.9 |
| | Î.-P.-É. | 0 | 0 | 0 | 0 |

**Source :** Division de l'immunisation et des maladies respiratoires, Santé Canada

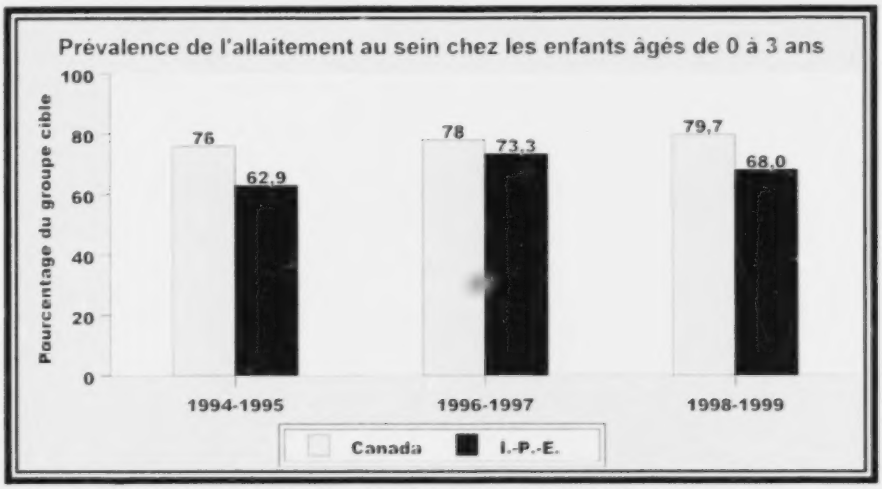
- De 1998 à 2001, l'Île-du-Prince-Édouard n'a enregistré aucun cas de rougeole, de méningococcie invasive ou de HIB.

**De plus**, de 1999 à ce jour, l'Île-du-Prince-Édouard n'a rapporté que quatre cas de HIB invasif dans toute la population.

## E. Allaitement au sein

L'allaitement au sein est une source d'alimentation idéale pour les bébés. Le lait maternel contient des immunoglobulines et des anticorps qui combattent les infections de sorte que les bébés nourris au sein ont moins de maladies infantiles, y compris des infections gastro-intestinales et respiratoires, l'asthme, l'eczéma et les allergies alimentaires. Le lait maternel protège les bébés contre d'autres maladies, telles que les otites moyennes ou les infections de l'oreille moyenne. Certaines recherches révèlent que les enfants nourris au sein obtiennent de meilleurs résultats aux évaluations mesurant le développement cognitif.

La prévalence de l'allaitement au sein correspond à la proportion d'enfants de trois ans ou moins qui sont actuellement nourris au sein ou l'ont déjà été.




**Source : ELNEJ, cycles 1 (1994-1995), 2 (1996-1997) et 3 (1998-1999); les données du cycle 4 (2000-2001) ne sont pas encore disponibles.**

- La prévalence de l'allaitement au sein chez les mères répondantes de l'Île-du-Prince-Édouard était inférieure à la moyenne canadienne pour les trois cycles.

**De plus**, en 1998 et 1999, l'Île-du-Prince-Édouard présentait le troisième taux d'allaitement au sein le plus faible au pays.

**Toutefois**, bien que les taux pour l'Île-du-Prince-Édouard soient relativement faibles comparativement à la moyenne canadienne et à ceux de la plupart des autres provinces canadiennes, le nombre de mères allaitant à leur sortie de l'hôpital augmente constamment depuis 10 ans, à raison d'environ 2 % par année. Ces données sont recueillies dans le cadre du Programme de soins génésiques de l'Île-du-Prince-Édouard et devraient être accessibles pour le prochain cycle de rapport.

# 2. *Protection et sécurité*

Depuis les trois dernières décennies, les blessures sont les principales causes « extérieures » de mortalité infantile. De 1971 à 1996, les chercheurs de Statistique Canada ont enregistré une chute importante du nombre de blessures entraînant la mort. Cela témoigne du succès d'une foule de mesures réglementaires, de politiques, de programmes éducatifs et d'améliorations de la sûreté des produits mis en œuvre pendant cette période. Par exemple, il est probable que la réduction du nombre de décès d'enfants causés par un véhicule à moteur soit liée aux modifications apportées à la conception et à l'utilisation des ceintures de sécurité, des sièges de sécurité pour enfant et d'autres caractéristiques de sécurité. Vu les nombreuses améliorations sociales, comme l'amélioration de la sûreté des véhicules, une utilisation accrue des casques pour cyclistes, l'augmentation du transport par autobus scolaire, l'amélioration du traitement d'urgence des traumatismes et l'application plus rigoureuse des lois contre les excès de vitesse et l'ivresse au volant, on remarque une nette baisse du nombre de décès dus à des accidents de la circulation chez les enfants. La mortalité juvénile due à des accidents de la circulation où un enfant piéton est renversé par un véhicule à moteur a baissé de presque 90 % de 1971 à 1996.[10]

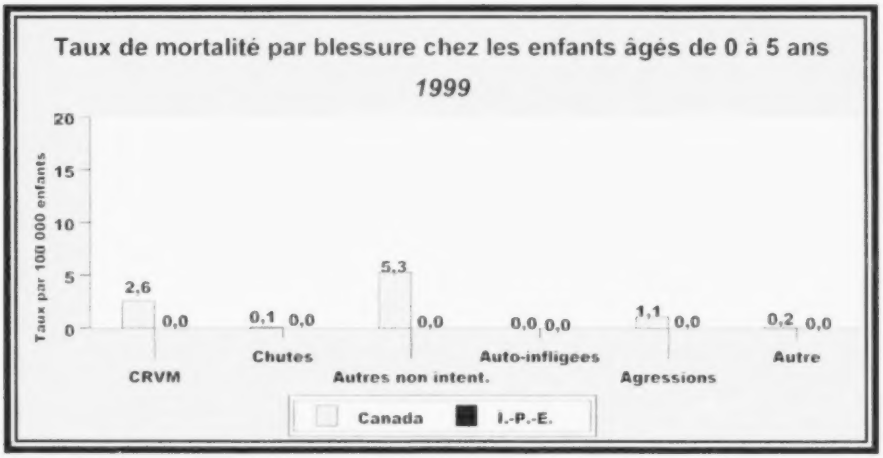
Dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), on continue de mettre en graphiques le nombre de blessures subies par les enfants, de la naissance à l'âge de cinq ans, en s'assurant de distinguer celles qui entraînent la mort de celles entraînant une hospitalisation. Ces taux sont rapportés ici comme les indicateurs de la protection et de la sécurité de l'enfant.

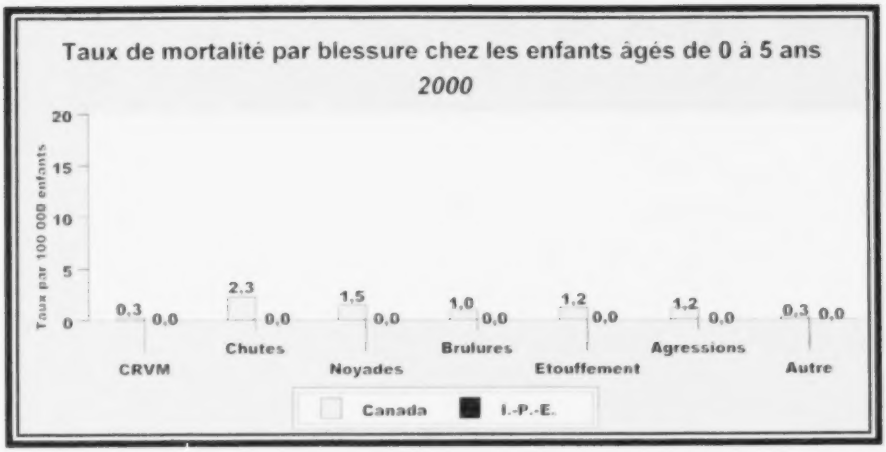
En 1998 et 1999, l'ELNEJ a dressé des rapports sur six types de blessures : collisions routières entre des véhicules moteurs (CRVM), chutes, autres blessures non intentionnelles, blessures auto-infligées, agressions, autres blessures non comprises dans les catégories précédentes. En 2000, l'ELNEJ a divisé les blessures subies par les enfants de la façon suivante : CRVM, chutes, noyades, brûlures, étouffement, agressions et « autres » types de blessures.

[10] « État de santé des enfants ».

## A. Taux de mortalité par blessure

Le taux de mortalité par blessure est la proportion d'enfants, de la naissance à l'âge de cinq ans, qui meurent à la suite d'une blessure. Les tableaux ci-après présentent les cycles de 1998, 1999 et 2000.






Comme l'indiquent les tableaux :

- le taux de mortalité par blessure de l'Île-du-Prince-Édouard est très faible ces dernières années.

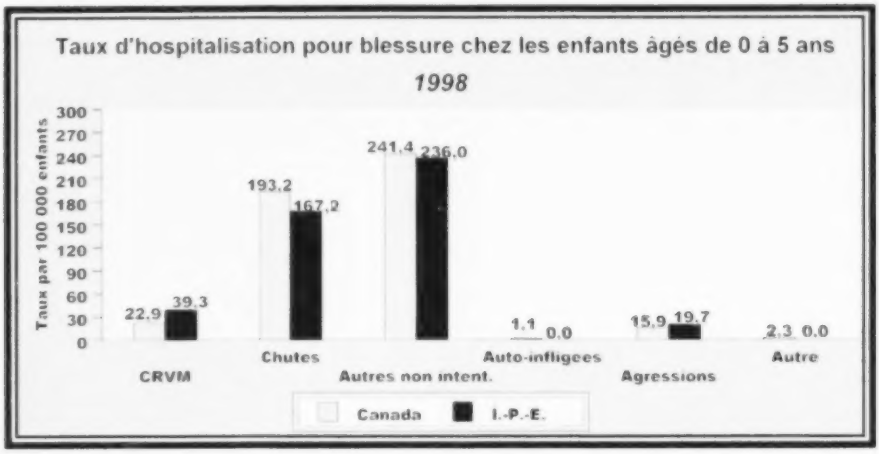
- 1998 est une année exceptionnelle, car les collisions routières entre des véhicules moteurs (CRVM) et les autres blessures non intentionnelles se situaient bien au-delà du taux national.

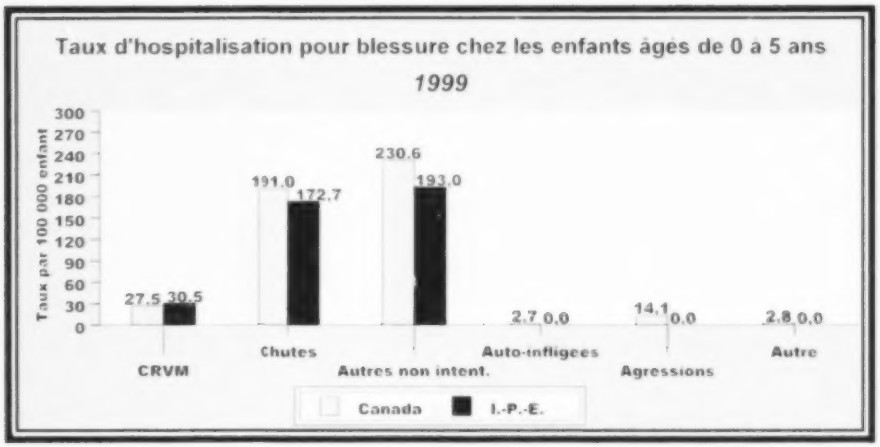
**Toutefois**, lorsqu'on interprète ces résultats, il est important de noter que, vu la petite taille de l'échantillon de l'Île-du-Prince-Édouard, le moindre changement des données d'une année à l'autre peut faire varier considérablement le taux.

**Par exemple**, le taux de CRVM pour 1998, qui est de 9,8 par 100 000, est le résultat d'un décès, et le taux de 19,7 pour les autres blessures non intentionnelles est le résultat de 2 décès.

## B. Taux d'hospitalisation pour blessure

Les deux tableaux ci-dessous présentent le taux d'hospitalisation des enfants, de la naissance à l'âge de cinq ans, à la suite d'une blessure en 1998 et 1999.




- Le taux d'hospitalisation pour blessure est semblable au taux national, et la variation est relativement minime de 1998 à 1999.

- Les chutes et les autres blessures non intentionnelles sont les causes les plus communes d'hospitalisation chez les jeunes enfants du Canada et de l'Île-du-Prince-Édouard.

Le tableau ci-après présente le taux d'hospitalisation pour blessure en 2000 chez les enfants, de la naissance à l'âge de cinq ans. Les données provenant de l'ELNEJ de 2000 ne sont pas réparties par cause d'hospitalisation. Le taux est calculé en fonction de 100 000 enfants.

- Le taux d'hospitalisation pour blessure de l'Île-du-Prince-Édouard était inférieur à la moyenne canadienne en 2000.

**De plus**, c'est l'Île-du-Prince-Édouard qui affichait le taux d'hospitalisation pour blessure chez les enfants le plus faible de tous les territoires et provinces en 2000.

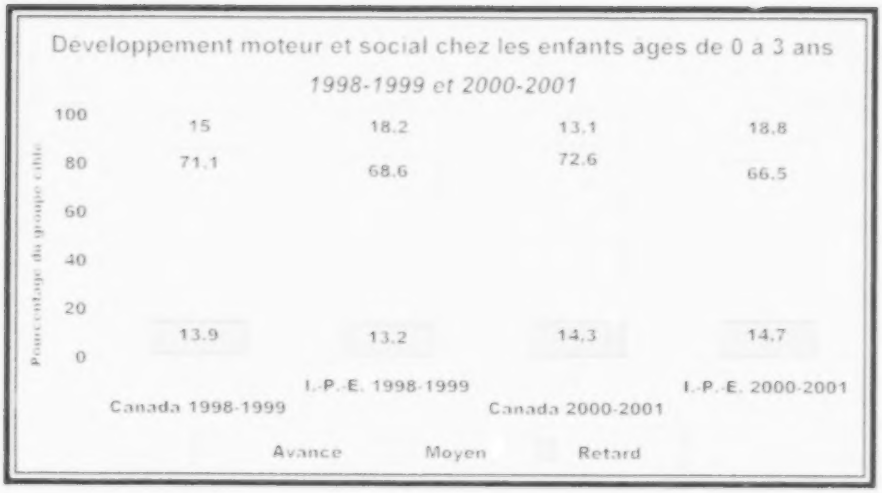
# 3. *Développement de la petite enfance*

## A. Santé physique et développement moteur[11]

### i. Developpement moteur et social

Dans l'ELNEJ, l'échelle de développement moteur et social consiste en un ensemble de 15 questions qui mesurent les attributs du développement moteur, social et cognitif des jeunes enfants, de la naissance jusqu'à l'âge de 3 ans, et les questions varient selon l'âge de l'enfant. On pose ces questions à la personne la mieux renseignée (PMR) au sujet de l'enfant, qui est habituellement le parent ou le tuteur. Par ces questions, qui sont centrées sur les habiletés motrices, on cherche à savoir, par exemple, si l'enfant peut suivre des yeux le mouvement d'un objet ou se redresser sans aide. Pour évaluer le développement social, le chercheur a demandé à la PMR si l'enfant souriait à une personne qui lui parlait ou lui souriait. Voici une des questions typiques que l'on posait pour un enfant de près de trois ans : « S'est-il déjà habillé lui-même, sans aide autre que pour lacer ses chaussures? »

Les données de l'ELNEJ sur le développement moteur et social sont rapportées dans le tableau ci-après comme le pourcentage des enfants, de la naissance à l'âge de trois ans, dont les niveaux de développement dans ces domaines sont : retard, moyen ou avancé.




[11] Les lecteurs qui comparent ces données à celles des années précédentes remarqueront que les données enregistrées comme des pourcentages valides des cycles de rapport précédents ont changé. L'ELNEJ a de nouveau calculé les « pondérations » statistiques, qui sont assignées aux provinces selon la population changeante des enfants ainsi que le nombre changeant d'enfants participant à cette étude. De plus, l'ELNEJ a calculé les nouveaux résultats pour la section sur le développement moteur et social du questionnaire de l'enfant. La méthode est normalisée pour tous les cycles de rapport, mais les données présentées dans cette section peuvent différer légèrement de celles présentées au cours des années précédentes.

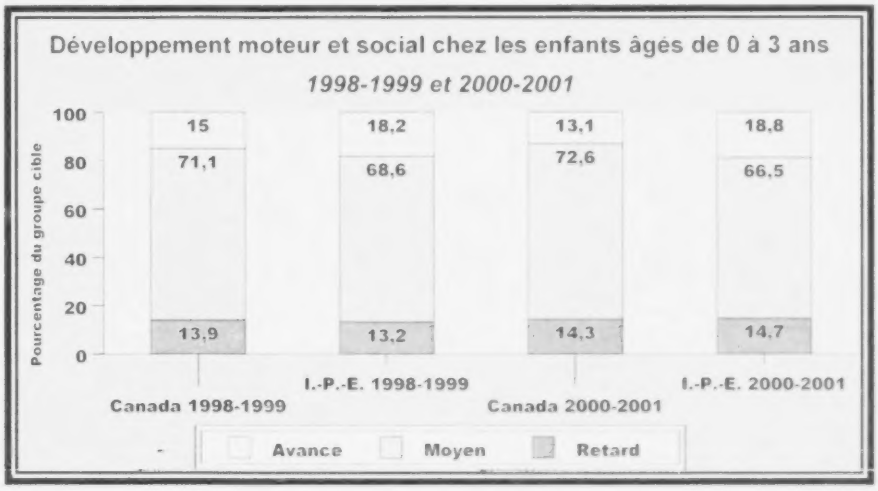
# 3. *Développement de la petite enfance*

## A. Santé physique et développement moteur[11]

### i. Développement moteur et social

Dans l'ELNEJ, l'échelle de développement moteur et social consiste en un ensemble de 15 questions qui mesurent les attributs du développement moteur, social et cognitif des jeunes enfants, de la naissance jusqu'à l'âge de 3 ans, et les questions varient selon l'âge de l'enfant. On pose ces questions à la personne la mieux renseignée (PMR) au sujet de l'enfant, qui est habituellement le parent ou le tuteur. Par ces questions, qui sont centrées sur les habiletés motrices, on cherche à savoir, par exemple, si l'enfant peut suivre des yeux le mouvement d'un objet ou se redresser sans aide. Pour évaluer le développement social, le chercheur a demandé à la PMR si l'enfant souriait à une personne qui lui parlait ou lui souriait. Voici une des questions typiques que l'on posait pour un enfant de près de trois ans : « S'est-il déjà habillé lui-même, sans aide autre que pour lacer ses chaussures? »

Les données de l'ELNEJ sur le développement moteur et social sont rapportées dans le tableau ci-après comme le pourcentage des enfants, de la naissance à l'âge de trois ans, dont les niveaux de développement dans ces domaines sont : retard, moyen ou avancé.




[11] Les lecteurs qui comparent ces données à celles des années précédentes remarqueront que les données enregistrées comme des pourcentages valides des cycles de rapport précédents ont changé. L'ELNEJ a de nouveau calculé les « pondérations » statistiques, qui sont assignées aux provinces selon la population changeante des enfants ainsi que le nombre changeant d'enfants participant à cette étude. De plus, l'ELNEJ a calculé les nouveaux résultats pour la section sur le développement moteur et social du questionnaire de l'enfant. La méthode est normalisée pour tous les cycles de rapport, mais les données présentées dans cette section peuvent différer légèrement de celles présentées au cours des années précédentes.

- La grande majorité des enfants de l'Île dans ce groupe d'âge avaient un niveau de développement moteur et social moyen pour les deux cycles d'enquête.

- Une proportion semblable d'enfants de l'Île, de la naissance à l'âge de trois ans, affichait un niveau de développement moteur et social supérieur à la moyenne canadienne.

- En 1998-1999, 13,2 % des enfants avaient un « retard » de développement, alors que, en 2000-2001, ce pourcentage s'élevait à 14,7 %, ce qui était semblable au taux moyen national.

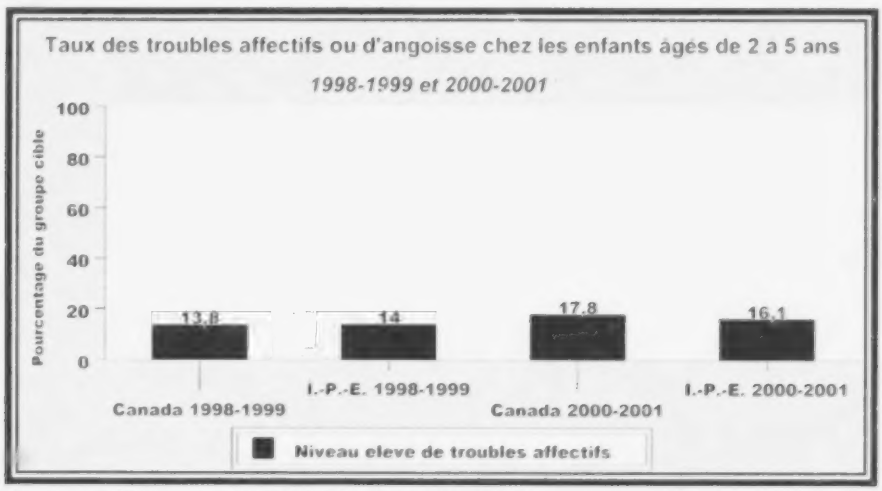
## B. Santé affective

Les indicateurs de santé affective fournissent des renseignements sur le taux d'enfants âgés de deux à cinq ans qui connaissent des problèmes d'angoisse, d'hyperactivité ou d'agressivité physique. Encore une fois, l'ELNEJ a posé de nombreuses questions à la PMR.

### i. Troubles affectifs et angoisse

L'ELNEJ a recueilli les renseignements sur les enfants souffrant de troubles affectifs et d'angoisse au moyen d'échelles de comportement. L'objectif de ces échelles est d'évaluer la présence et l'absence de certains modèles de comportement et de certaines caractéristiques. Par exemple, les chercheurs ont demandé à la PMR la fréquence à laquelle l'enfant semblait malheureux ou déprimé. Ils lui ont également demandé la fréquence à laquelle l'enfant semblait préoccupé, trop craintif, nerveux ou encore à laquelle il éprouvait de la difficulté à s'amuser. Les questions associées aux échelles de comportement sont posées à la PMR et, comme bon nombre des conclusions dans cette catégorie d'indicateurs, les résultats ne représentent pas des troubles de comportement diagnostiqués par des professionnels.

L'évaluation des troubles affectifs et d'angoisse de l'ELNEJ est présentée comme un pourcentage d'enfants âgés entre deux et cinq ans qui présentent un niveau élevé ou acceptable de troubles affectifs ou d'angoisse.[12]




Source : ELNEJ, cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001).

[12] Dans les données, on entend par niveaux acceptables des niveaux « peu élevés ».

- De tous les enfants de l'Île âgés entre 2 et 5 ans, 16,1 % présentaient des niveaux élevés de troubles affectifs ou d'angoisse. Ces niveaux ressemblaient à la moyenne canadienne, de 17,8 %.

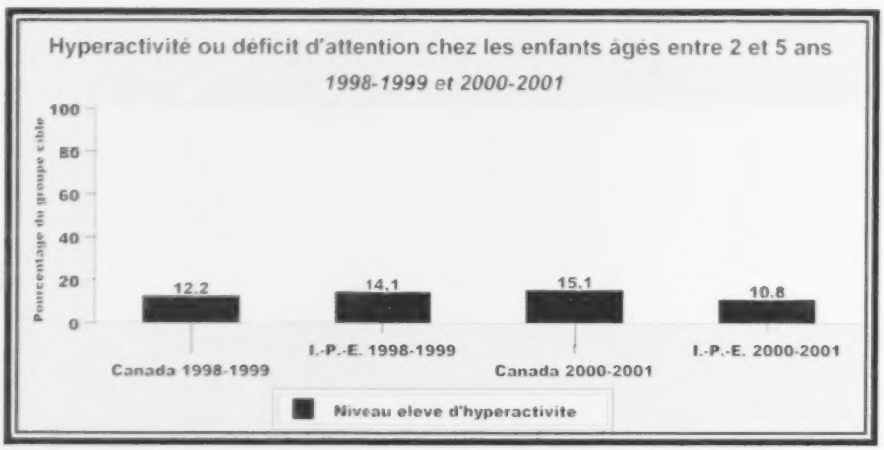
- Le taux d'enfants ayant des troubles affectifs à l'Île-du-Prince-Édouard et au Canada a augmenté de 1998-1999 à 2000-2001.

***Nota :*** L'Île-du-Prince-Édouard arrive au troisième rang des provinces canadiennes pour son faible taux d'enfants âgés entre 2 et 5 ans présentant des niveaux élevés de troubles affectifs, le taux le plus faible étant de 13,8 %.

### ii. Hyperactivité et déficit d'attention

L'ELNEJ a également utilisé les échelles de comportement pour déterminer le taux d'hyperactivité et de déficit d'attention chez les enfants. Encore une fois, l'objectif de ces échelles est d'évaluer la présence et l'absence de certains aspects du comportement chez l'enfant. Par exemple, les chercheurs ont demandé à la PMR la fréquence à laquelle l'enfant était agité, facilement distrait, impulsif, ou encore incapable de se concentrer, de s'asseoir tranquille ou de poursuivre une activité. Comme c'est le cas avec l'indicateur précédent, les questions associées aux échelles de comportement sont posées à la PMR et les résultats ne représentent pas des troubles de comportement diagnostiqués par des professionnels.

L'indicateur est présenté ici comme un pourcentage d'enfants âgés de deux à cinq ans dont le niveau d'hyperactivité ou de déficit d'attention est élevé ou peu élevé.




- De tous les enfants de l'Île âgés entre 2 et 5 ans, 10,8 % présentaient des niveaux élevés d'hyperactivité ou de déficit d'attention.

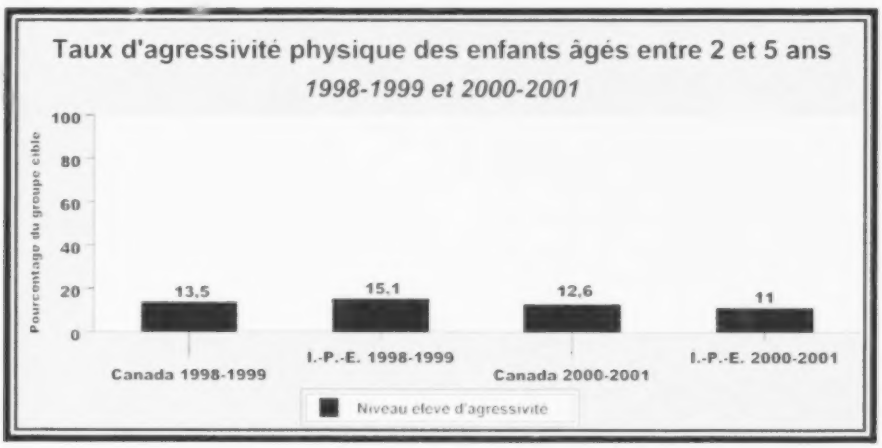
- En 2000-2001, le taux de l'Île-du-Prince-Édouard était inférieur à la moyenne canadienne, qui est de 15,1 %, ayant chuté de 3,3 % depuis 1998-1999.

**De plus**, en 2000-2001, ce sont les jeunes enfants composant l'échantillon de l'Île-du-Prince-Édouard qui possédaient le taux d'hyperactivité ou de déficit d'attention le plus faible de toutes les provinces canadiennes.

### iii. Agressivité physique et trouble des conduites

L'agressivité physique et le trouble des conduites comptent parmi les nombreuses échelles de comportement examinées dans l'ELNEJ. L'objectif de ces échelles est d'évaluer la présence et l'absence de certains aspects du comportement chez l'enfant. Les questions associées aux échelles de comportement sont posées à la PMR et les résultats ne représentent pas des troubles de comportement diagnostiqués par des professionnels. Par exemple, on a demandé à la PMR la fréquence à laquelle l'enfant était provocant, avait de la difficulté à attendre son tour dans les jeux, manifestait une humeur belliqueuse, donnait des coups de pied, ou encore mordait ou frappait d'autres enfants. La PMR a ensuite indiqué si l'enfant acceptait les mesures disciplinaires et apportait des changements à ces comportements négatifs.

L'agressivité physique et le trouble des conduites sont rapportés ici comme un pourcentage d'enfants âgés de deux à cinq ans qui manifestent des niveaux élevés d'agressivité physique, de trouble oppositionnel ou de trouble des conduites.




- De tous les enfants de l'Île âgés entre 2 et 5 ans, 11 % présentaient des niveaux élevés d'agressivité physique, de trouble oppositionnel ou de trouble des conduites.

- Ce taux est semblable à la moyenne canadienne, de 12,6 %.

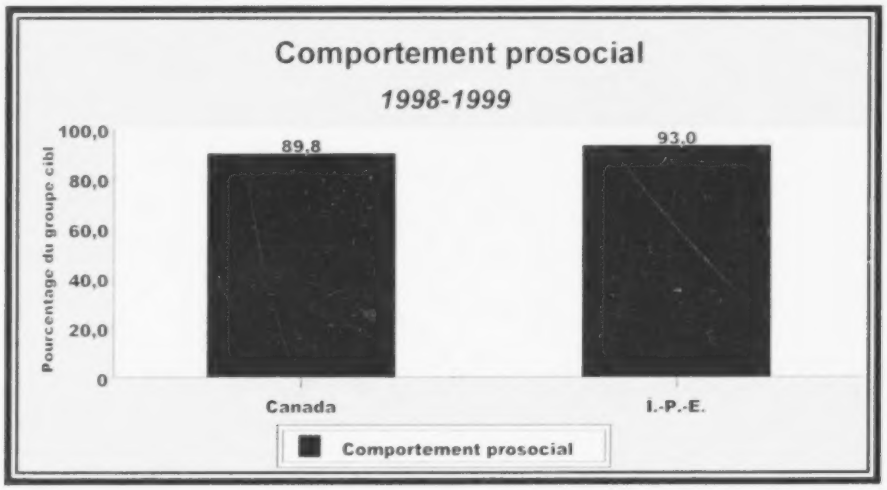
## C. Connaissances et compétences sociales

Les indicateurs de connaissances et de compétences sociales fournissent des renseignements sur le taux d'enfants âgés entre deux et cinq ans qui manifestent ce que les chercheurs de l'ELNEJ appelaient dans les cycles de rapport précédents un « comportement prosocial ». Les données ont été recueillies par l'intermédiaire de l'ELNEJ, cycle 4 (2000-2001), dont le sondage était fait auprès des PMR. Dans les données de 2000-2001, le terme « comportement prosocial » a été remplacé par « comportement sociopersonnel ».

**i. Comportement sociopersonnel**

Le comportement sociopersonnel est examiné dans le questionnaire sur les étapes du développement, un nouvel outil utilisé par l'ELNEJ en 2000-2001. Comme c'est le cas avec toutes les évaluations de la santé affective, les questions associées aux échelles de comportement sont posées à la PMR et les résultats ne représentent pas des troubles de comportement diagnostiqués par des professionnels. Elles visent à examiner les comportements sociopersonnels appropriés, comme à quel point l'enfant se montre coopératif, se préoccupe du mieux-être des autres et se comporte de façon positive en groupe. Pour recueillir ces renseignements sur les enfants cibles, les chercheurs ont demandé à la PMR la fréquence à laquelle l'enfant aidait un autre enfant blessé, malade ou ayant de la difficulté à accomplir une tâche, ou encore à laquelle il consolait un enfant triste ou en colère.

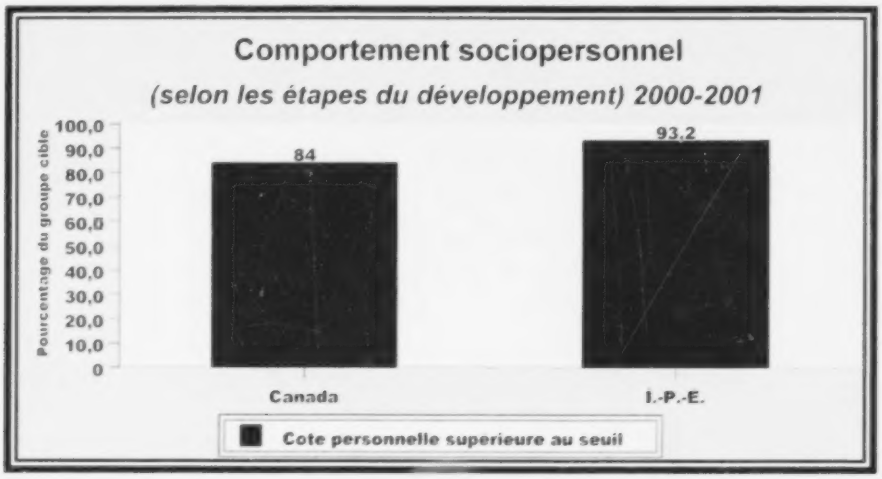
En 1998-1999, l'ELNEJ a établi une cote pour le comportement prosocial. L'enquête visait à évaluer le comportement des enfants âgés entre deux et cinq ans.




- Au cours de cette période de rapport, 93 % des enfants de l'Île présentaient des niveaux satisfaisants de comportement prosocial.

- Ce taux était semblable à la moyenne canadienne, de 89,9 %, et au taux des autres provinces.

En ce qui a trait aux données de 2000-2001, les chercheurs de l'ELNEJ ont restructuré la façon dont les données sont recueillies et calculées. Pour ce cycle, ils ont utilisé un questionnaire sur les étapes du développement. Cet outil comprend des seuils (ou cotes limites) auxquels le comportement sociopersonnel d'un enfant peut être considéré comme faible et inquiétant. Le tableau suivant fournit le pourcentage du groupe cible qui a obtenu un résultat supérieur à ces seuils.




- Encore une fois, la grande majorité des jeunes enfants de l'Île-du-Prince-Édouard affichent un comportement sociopersonnel satisfaisant, c'est-à-dire que leur cote est supérieure au seuil établi selon l'âge et les étapes du développement.

- L'enquête de 2000-2001 sur le comportement sociopersonnel des enfants de l'Île révèle un taux de comportement sociopersonnel positif (93,2 %) supérieur à la moyenne nationale (84 %).

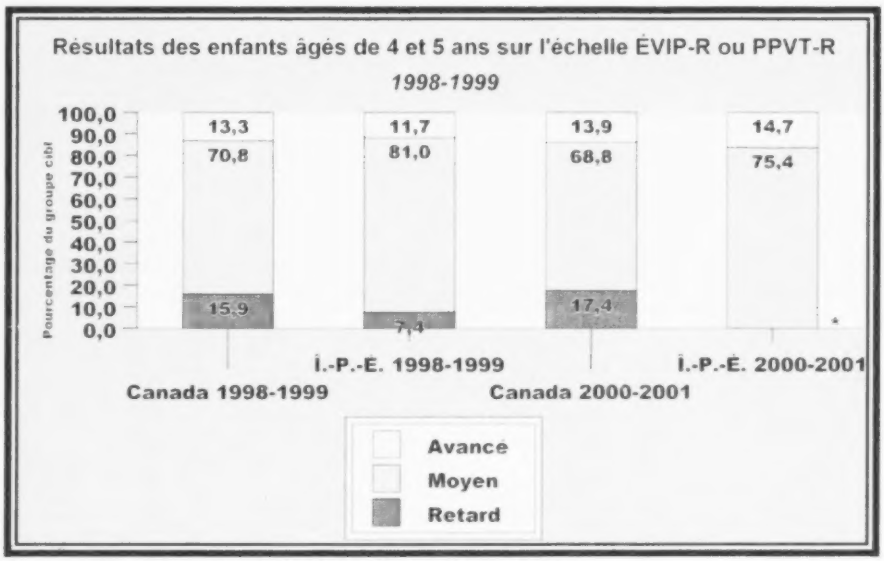
**De plus**, le pourcentage des enfants qui présentent un comportement sociopersonnel positif de l'Île-du-Prince-Édouard était le plus élevé au Canada en 2000-2001.

## D. Capacités langagières

Les indicateurs d'apprentissage cognitif et de communication fournissent des renseignements sur les capacités de vocabulaire entendu et compris des enfants de quatre et cinq ans. Les données ont été recueillies dans le cadre de l'ELNEJ, cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001), par évaluation directe des enfants au moyen de l'Échelle de vocabulaire en images Peabody – version révisée (ÉVIP-R). L'objectif de ce test était de mesurer la maturité scolaire de l'enfant.

L'Échelle de vocabulaire en images Peabody – version révisée (ÉVIP-R) mesure la capacité de vocabulaire compris de l'enfant. Pour les enfants anglophones, on utilise la version anglaise de l'outil, intitulée Peabody Picture Vocabulary Test - Revised (PPVT-R). Elle mesure un aspect de l'intelligence générale : le vocabulaire. Au cours du test, l'examinateur dit un mot et montre à l'enfant une page comprenant quatre dessins au trait. L'examinateur demande à l'enfant de pointer en direction de l'image qui correspond au mot.

Les mesures de capacités langagières de l'ELNEJ sont rapportées comme un pourcentage d'enfants âgés de quatre et cinq ans dont les capacités de vocabulaire entendu et compris étaient en retard, moyennes et avancées, selon leurs résultats sur l'échelle ÉVIP-R ou PPVT-R.



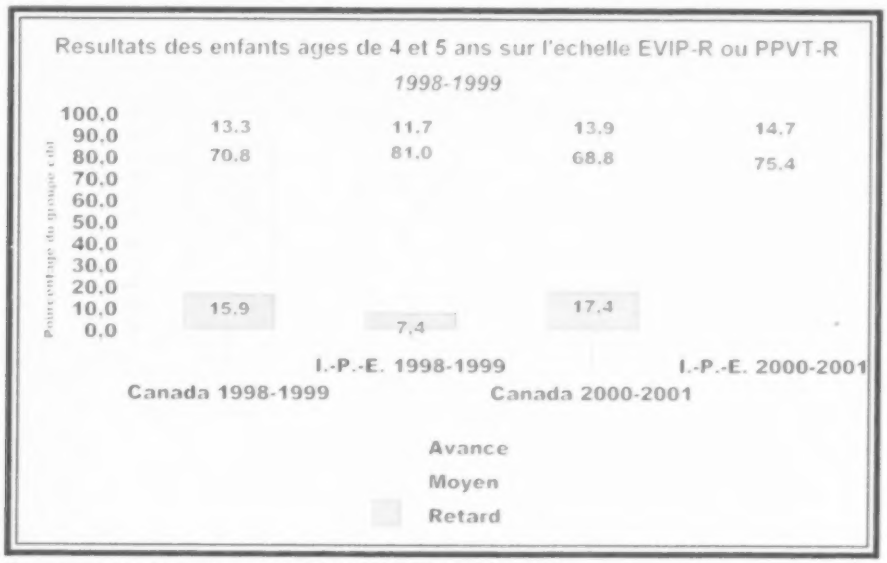

**Source : ELNEJ, cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001).**
*** Cette barre ne représente pas le nombre total d'enfants dans l'échantillon de l'Île-du-Prince-Édouard. Le pourcentage des enfants de l'Île présentant un retard selon l'échelle ÉVIP-R est trop faible pour calculer ce que les statisticiens appellent un « pourcentage valide », c'est pourquoi les données ne sont pas fournies. Voir le troisième point ci-dessous.**

## D. Capacités langagières

Les indicateurs d'apprentissage cognitif et de communication fournissent des renseignements sur les capacités de vocabulaire entendu et compris des enfants de quatre et cinq ans. Les données ont été recueillies dans le cadre de l'ELNEJ, cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001), par évaluation directe des enfants au moyen de l'Échelle de vocabulaire en images Peabody – version revisée (EVIP-R). L'objectif de ce test était de mesurer la maturité scolaire de l'enfant.

L'Échelle de vocabulaire en images Peabody – version révisée (EVIP-R) mesure la capacité de vocabulaire compris de l'enfant. Pour les enfants anglophones, on utilise la version anglaise de l'outil, intitulée Peabody Picture Vocabulary Test - Revised (PPVT-R). Elle mesure un aspect de l'intelligence générale : le vocabulaire. Au cours du test, l'examinateur dit un mot et montre à l'enfant une page comprenant quatre dessins au trait. L'examinateur demande à l'enfant de pointer en direction de l'image qui correspond au mot.

Les mesures de capacités langagières de l'ELNEJ sont rapportées comme un pourcentage d'enfants âgés de quatre et cinq ans dont les capacités de vocabulaire entendu et compris étaient en retard, moyennes et avancées, selon leurs résultats sur l'échelle EVIP-R ou PPVT-R.




Source : ELNEJ, cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001).
* Cette barre ne représente pas le nombre total d'enfants dans l'échantillon de l'Île-du-Prince-Édouard. Le pourcentage des enfants de l'Île présentant un retard selon l'échelle EVIP-R est trop faible pour calculer ce que les statisticiens appellent un « pourcentage valide », c'est pourquoi les données ne sont pas fournies. Voir le troisième point ci-dessous.

- Lorsqu'on les a évalués en 2000-2001, la grande majorité des enfants de l'Île de l'échantillon du groupe d'âge en question avaient une capacité moyenne de vocabulaire entendu et compris.

- En 2000-2001, 14,7 % des enfants de l'échantillon de l'Île-du-Prince-Édouard présentaient des capacités avancées de vocabulaire entendu et compris, ce qui est semblable à la moyenne canadienne, de 13,9 %, et supérieur au taux de capacités avancées de 1998-1999.

- Bien qu'il n'ait pas été possible d'établir officiellement le pourcentage des enfants de l'Île ayant un retard en raison de la petite taille de l'échantillon en 2000-2001, on pourrait l'estimer à 10 %. Il faut faire preuve de prudence en interprétant ce pourcentage approximatif, mais celui-ci est inférieur à la moyenne canadienne, de 17,4 %.

# 4. *Indicateurs familiaux*

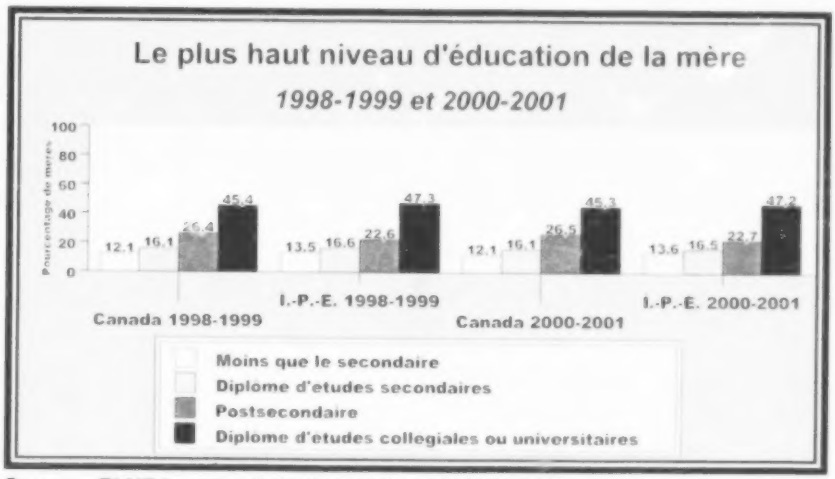
Les indicateurs familiaux traitent de mesures qui reflètent les divers aspects de la santé et du comportement parental. La santé et le comportement des parents ou des tuteurs peuvent exercer une influence énorme sur la santé et le mieux-être mêmes de l'enfant. Cette évaluation de l'ELNEJ évalue la mesure dans laquelle l'environnement de l'enfant a contribué à sa santé en se fondant sur des indicateurs familiaux. Sept indicateurs familiaux sont rapportés ici : l'éducation parentale, le niveau de revenu, la dépression parentale, le tabagisme durant la grossesse, le fonctionnement familial, les pratiques parentales positives et la lecture par l'adulte. Toutes les données servant aux mesures rapportées, sauf le niveau de revenu, ont été recueillies au moyen de l'ELNEJ.

## A. Éducation parentale

Le niveau d'éducation des parents est un aspect particulièrement important du statut socioéconomique et, par conséquent, de la santé des enfants. La cote exprimant le risque d'être perçus comme étant en moins bonne santé est presque trois fois plus élevée (2,75) pour les enfants dont les parents n'ont pas terminé leurs études secondaires que pour ceux dont les parents possèdent un diplôme universitaire. En outre, parmi les enfants pour lesquels la perception de l'état de santé a changé, la cote exprimant le risque que l'état de santé soit perçu comme s'étant détérioré est plus forte pour les enfants dont les parents n'ont pas décroché de diplôme d'études secondaires que pour ceux dont les parents possèdent un diplôme universitaire.[13]

### i) Niveau d'éducation de la mère

Le plus haut niveau d'éducation de la mère se définit et est présenté dans le tableau ci-après comme le plus haut niveau d'éducation atteint par la mère d'enfants dont l'âge se situe entre la naissance et cinq ans.



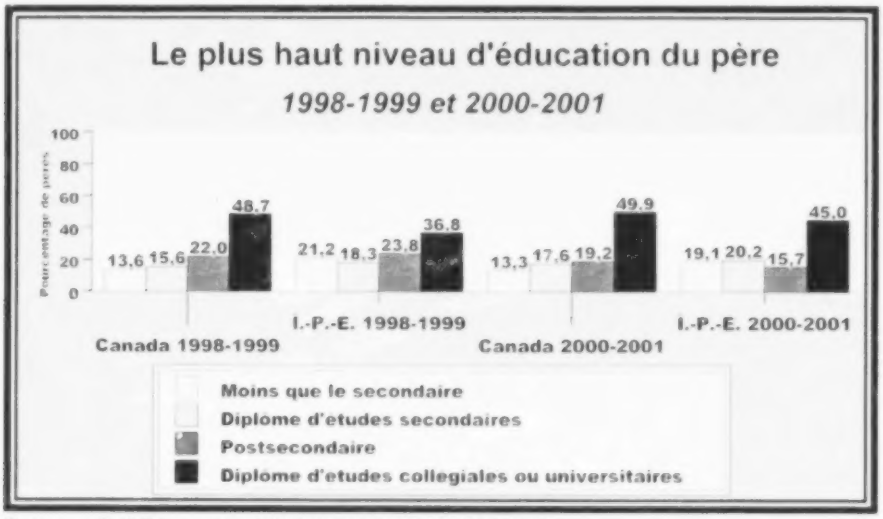

**Source : ELNEJ, cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001).**

[13] « État de santé des enfants », p. 35-36.

- Les taux pour les divers niveaux d'éducation des mères répondantes de l'Île-du-Prince-Édouard sont semblables aux taux moyens dans l'ensemble du Canada pour les deux cycles.

### ii) Niveau d'éducation du père

Le plus haut niveau d'éducation du père se définit comme le plus haut niveau d'éducation atteint par le père d'enfants dont l'âge se situe entre la naissance et cinq ans.




**Source : ELNEJ, cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001).**

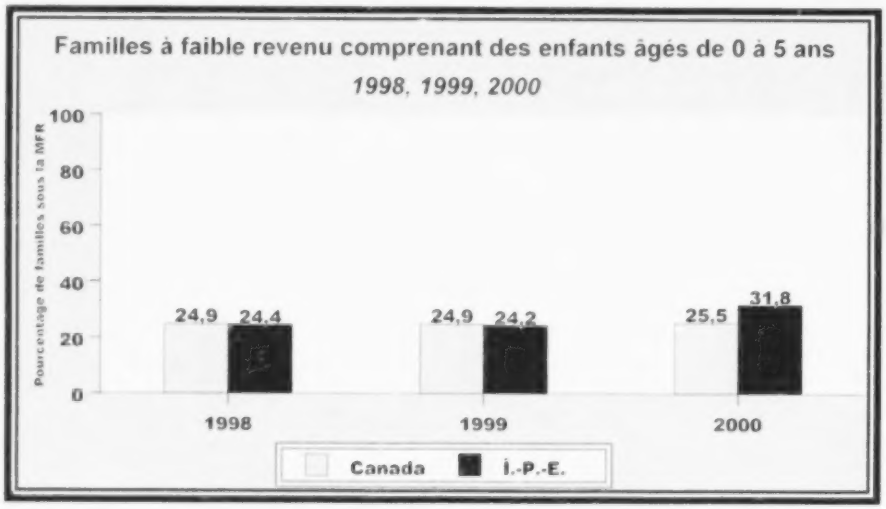
- C'est en 2000-2001 plutôt qu'en 1998-1999 que le niveau d'éducation des pères de l'Île-du-Prince-Édouard ressemblait le plus aux moyennes canadiennes.

- Bien que le niveau d'éducation des pères ait augmenté depuis le cycle de 1998-1999, le nombre de pères détenant un diplôme d'études secondaires à l'Île-du-Prince-Édouard est toujours inférieur à la moyenne canadienne et au nombre de mères de l'Île possédant un tel diplôme.

- Bien que le niveau d'éducation des pères ait augmenté depuis le cycle de 1998-1999, le nombre de pères détenant un diplôme d'études collégiales ou universitaires à l'Île-du-Prince-Édouard est toujours inférieur à la moyenne canadienne et au nombre de mères de l'Île possédant un tel diplôme.

## B. Niveau de revenu

Le niveau de revenu est un facteur socioéconomique qui, selon les chercheurs de l'ELNEJ, contribue à la santé des enfants. Dans le cadre de cette recherche visant à évaluer le statut socioéconomique, l'ELNEJ utilise la mesure de faible revenu (MFR) après impôt. La MFR est une mesure relative fondée sur le revenu moyen après impôt au Canada et calculée selon ce revenu. La MFR est égale à la moitié ou moins du revenu moyen après impôt (le revenu total après les déductions d'impôt, au-dessus duquel se trouve une moitié des familles et au-dessous duquel se trouve l'autre moitié des familles), rajusté en fonction de la taille de la famille (nombre d'adultes et d'enfants). Cet indicateur reflète la proportion d'enfants de cinq ans et moins qui vivent sous la MFR après impôt.



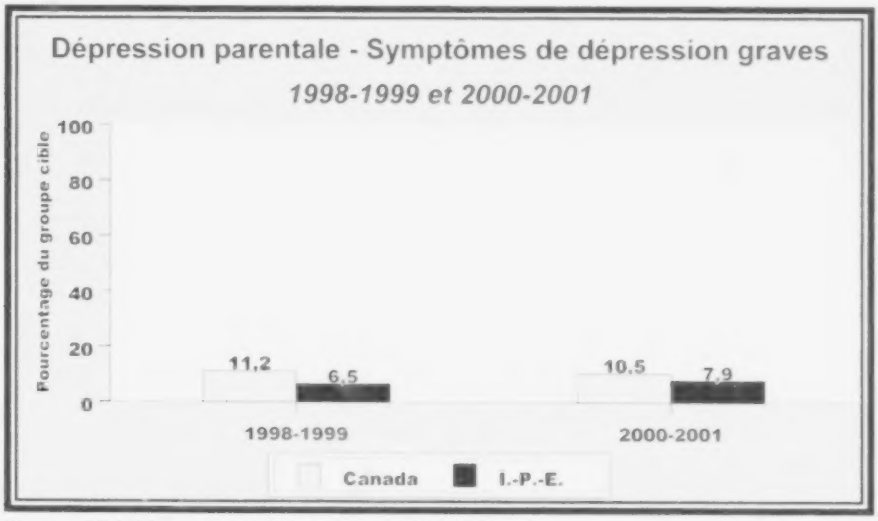

- En 1998, 1999 et 2000, environ le quart des enfants de l'Île, de la naissance à l'âge de cinq ans, vivaient sous la MFR.

- Ce taux est semblable à la moyenne canadienne.

*Nota :* La MFR ne témoigne pas des différences géographiques du coût de la vie au Canada.

## C. Santé parentale – Dépression

Les données sur la dépression parentale sont recueillies au moyen d'une enquête auprès des parents. L'échelle d'évaluation de l'état dépressif dans l'ELNEJ représente une version abrégée de l'échelle d'évaluation de la dépression (CES-D) de Statistique Canada. Cette échelle mesure la fréquence et la gravité des symptômes associés à la dépression que présentent les parents et les tuteurs de jeunes enfants répondants, et non la fréquence des dépressions ayant fait l'objet d'un *diagnostic clinique*. Afin d'évaluer ces comportements, les chercheurs ont posé aux répondants un large éventail de questions, comme la fréquence à laquelle ils broyaient du noir ou s'ils étaient pleins d'espoir face à l'avenir. D'autres questions, portant sur leur appétit ou leur degré de concentration sur des activités, ou encore cherchant à déterminer si tout ce qu'ils faisaient leur demandait des efforts particuliers, servaient à mesurer les symptômes de dépression d'une façon moins évidente. Le tableau ci-après indique le taux d'enfants, de la naissance à l'âge de cinq ans, dont la PMR présente de graves symptômes de dépression.



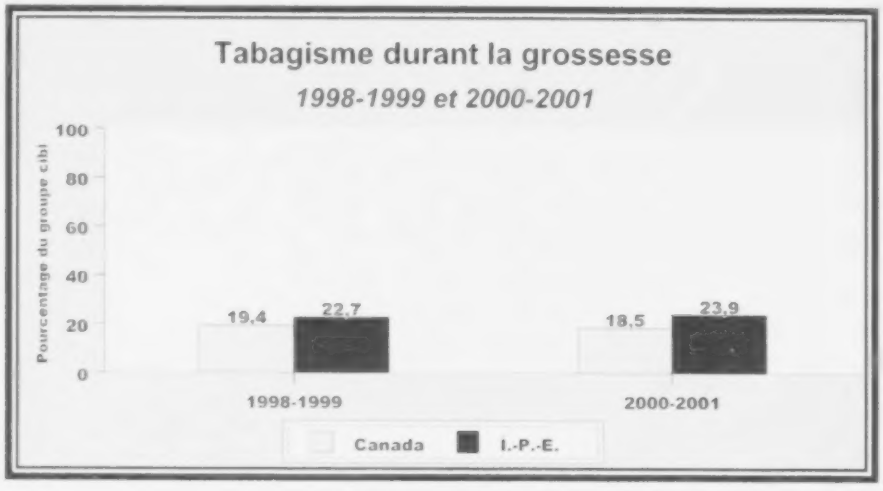

Source : ELNEJ, cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001).

- Ces résultats indiquent que, pour les deux cycles de rapport, un nombre très faible d'enfants, de la naissance à l'âge de cinq ans, vivaient avec un parent ou un tuteur présentant de graves symptômes de dépression à l'Île-du-Prince-Édouard.

## D. Santé parentale – Tabagisme durant la grossesse

Par l'intermédiaire de l'ELNEJ, on a recueilli les données sur le tabagisme durant la grossesse auprès de mères qui avaient accouché au cours de l'année précédente.

Le tableau ci-après reflète la proportion d'enfants âgés d'un an ou moins dont la mère a fumé durant la grossesse pour deux cycles de rapport.




- En 1998-1999 et 2000-2001, à l'Île-du-Prince-Édouard, environ un enfant sur quatre âgé d'un an ou moins est né d'une mère qui fumait durant sa grossesse.
- Le taux de l'Île-du-Prince-Édouard est supérieur à la moyenne canadienne pour les deux cycles.

Depuis 1992-1993, le Programme de soins génésiques de l'Île-du-Prince-Édouard détermine le taux de femmes qui fumaient au moment de la naissance de leur enfant. Les données recueillies de 1997 à 2000 comprennent les habitudes de consommation de tabac de la grande majorité des femmes enceintes de l'Île-du-Prince-Édouard pour ces années. Comme le tabagisme est lié à un faible poids à la naissance, les conclusions de cette initiative sont fournies dans le rapport sur le mieux-être des enfants. Elles sont présentées ci-dessous comme le pourcentage de nouvelles mères, par groupe d'âge, qui fumaient régulièrement au moment de l'accouchement.

**Tabagisme de la mère à l'accouchement, par groupe d'âge**

| Groupe d'âge | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|---|---|---|---|---|
| **Moins de 20 ans** | 47,2 % | 51,4 % | 58,0 % | 44,9 % |
| **De 20 à 24 ans** | 37,5 % | 42,0 % | 37,6 % | 43,2 % |
| **De 25 à 29 ans** | 22,4 % | 24,2 % | 21,1 % | 21,6 % |
| **De 30 à 34 ans** | 19,6 % | 19,2 % | 13,0 % | 13,5 % |
| **35 ans et plus** | 17,7 % | 21,3 % | 21,9 % | 17,7 % |

- Près de la moitié des mères adolescentes qui ont accouché entre 1997 et 2000 fumaient au moment de l'accouchement.
- Le taux de tabagisme est élevé chez les jeunes femmes enceintes, plus particulièrement chez celles de moins de 25 ans.
- Ce sont les femmes dans la trentaine qui affichent le taux de tabagisme le plus faible au moment de l'accouchement.

*Quelle est l'incidence du tabagisme au moment de l'accouchement?*

Le Programme de soins génésiques recueille activement des données pour déterminer l'incidence du tabagisme sur le poids à la naissance. Ces données sont présentées dans le tableau ci-après comme le pourcentage de bébés de faible poids à la naissance nés de mères fumeuses ou non fumeuses, de 1997 à 2000.

**Taux de faible poids à la naissance (≥ 500 g et < 2 500 g) et tabagisme**
**De 1997 à 2000**

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|---|---|---|---|---|
| **Non-fumeuse** | 4,0 % | 4,1 % | 4,0 % | 3,8 % |
| **Fumeuse** | 9,4 % | 6,1 % | 9,4 % | 5,9 % |

- Les données ci-dessus indiquent que les femmes qui fument durant leur grossesse sont deux fois plus susceptibles d'avoir un bébé de faible poids à la naissance.

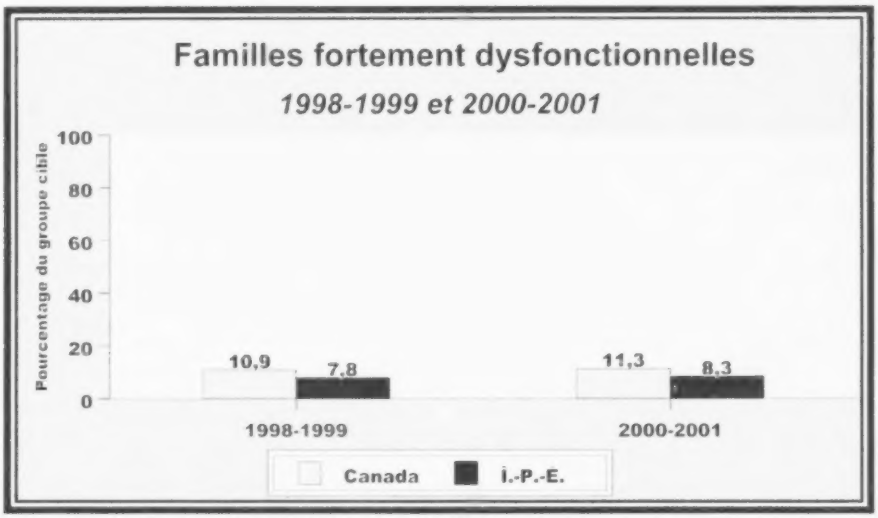
*Nota :* Les données ci-dessus indiquent une certaine variation du taux de fumeuses ayant des bébés de faible poids à la naissance. De telles variations surviendront d'une année à l'autre, car même un échantillon sur quatre ans doit être considéré comme estimatif. Lorsqu'on recueille des données à l'Île-du-Prince-Édouard, on utilise nécessairement un petit échantillon, et le moindre changement au nombre de cas peut faire varier considérablement les taux et les pourcentages.

**Par conséquent**, des données recueillies sur une décennie révéleront plus précisément les tendances de l'Île-du-Prince-Édouard et favoriseront une meilleure discussion sur le lien entre le tabagisme et cet indicateur de la santé des bébés dans notre société.

## E. Fonctionnement familial

Les données sur le fonctionnement familial ont été recueillies à partir de l'ELNEJ au moyen d'une échelle de fonctionnement familial qui en fournit une évaluation globale en traitant de sujets tels que la résolution de problèmes, la communication, les rôles, la participation affective, la sensibilité affective et la maîtrise du comportement. Dans l'ensemble, l'échelle montre la qualité des relations entre les membres de la famille. Comme on l'a indiqué pour d'autres indicateurs présentés dans ce rapport, l'échelle ne représente pas des diagnostics cliniques.

Cet indicateur reflète la proportion de familles comprenant des enfants de cinq ans et moins qui sont fortement dysfonctionnelles.




**Source : ELNEJ, cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001).**

- Pour les deux cycles, on rapporte que près de 8 % des familles de l'Île sont fortement dysfonctionnelles.

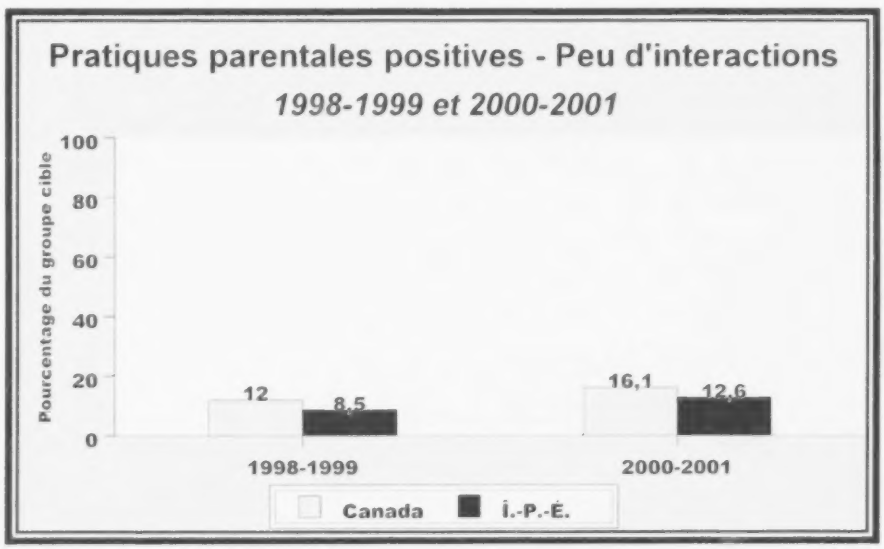
- Ce taux se situe sous la moyenne canadienne.

*Nota :* Pour les deux cycles de rapport, c'est l'Île-du-Prince-Édouard qui affiche le taux de familles fortement dysfonctionnelles le plus faible au pays.

## F. Pratiques parentales positives

L'interaction positive est un style parental qui est évalué dans l'ELNEJ au moyen de l'échelle des pratiques parentales pour mesurer certains comportements parentaux.

Le tableau ci-après reflète la proportion d'enfants, de la naissance à l'âge de cinq ans, dont les parents avaient peu de ce que les chercheurs considèrent comme des interactions positives avec leurs enfants. Les chercheurs ont demandé à la PMR la fréquence à laquelle elle complimentait l'enfant comparativement à la fréquence à laquelle elle le critiquait ou le réprimandait. Ils lui ont aussi demandé à quelle fréquence elle jouait avec l'enfant, ou encore où l'enfant et elle s'accordaient de l'attention pendant plus de cinq minutes et riaient ensemble. On lui a posé d'autres questions pour évaluer l'application et l'efficacité des mesures disciplinaires dans la famille de l'enfant. Pour évaluer ces types d'interactions, on demande à la PMR des choses typiques, comme la fréquence à laquelle elle a de la difficulté à se faire écouter par l'enfant, si l'enfant peut échapper aux punitions ou si elle doit le réprimander maintes fois pour la même chose. On lui a posé des questions sur la fréquence à laquelle elle élevait le ton, grondait l'enfant ou discutait calmement de problèmes de comportement de l'enfant.




- Des enfants de l'échantillon de l'Île, très peu connaissent peu d'interactions avec leurs parents, et le taux se situe sous la moyenne canadienne.

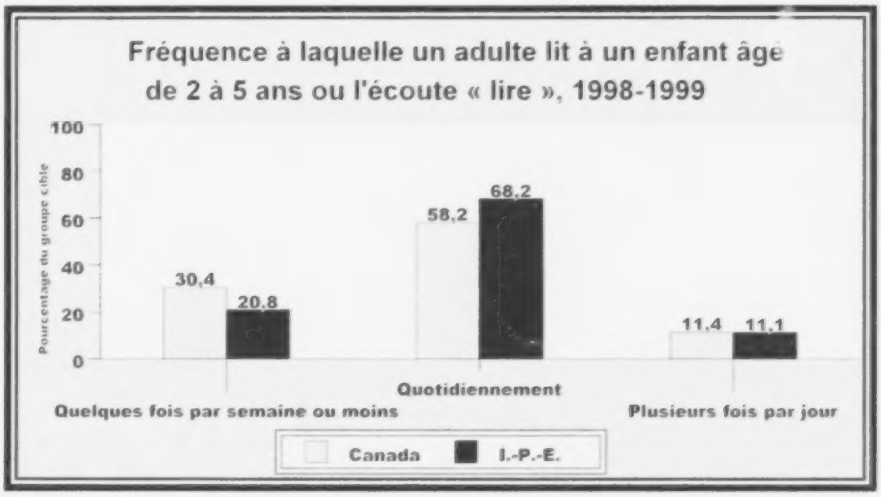
- Le pourcentage d'enfants de l'Île et du Canada qui connaissent peu d'interactions avec leurs parents a augmenté depuis le dernier cycle de rapport.

*Nota :* En 2000-2001, l'Île-du-Prince-Édouard se situait au milieu du palmarès, occupant le cinquième rang parmi les dix provinces pour cet indicateur, alors que, en 1998-1999, elle occupait le troisième rang parmi toutes les provinces pour son taux élevé d'interactions parent-enfant.

## G. Lecture par un adulte

La lecture par un adulte fait référence à l'exposition de l'enfant à des activités de lecture avec un parent ou un autre adulte (et par conséquent ne devrait pas être interprétée comme s'appliquant précisément aux interactions parent-enfant).

En 1998-1999, l'indicateur reflétait la fréquence à laquelle l'enfant se fait faire la lecture par un adulte ou la fréquence à laquelle un adulte l'écoute « lire ». L'échantillon étudié se composait d'enfants âgés entre deux et cinq ans.

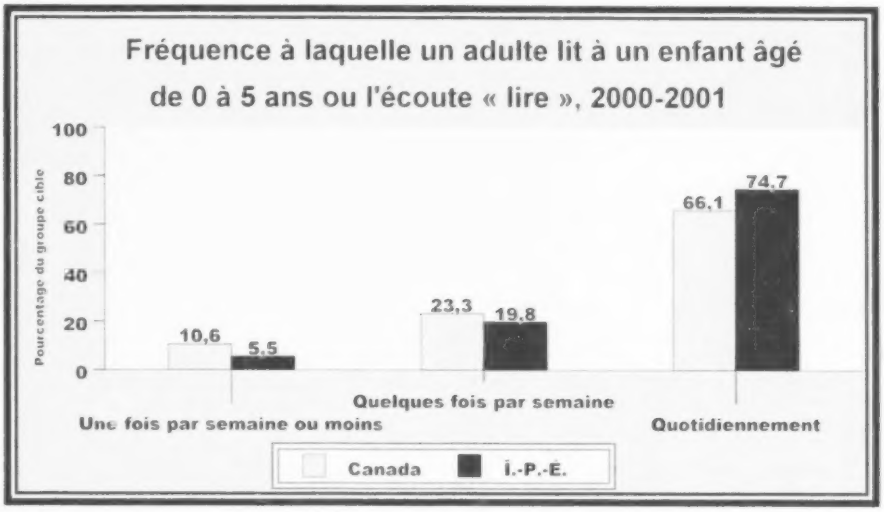



- En 1998-1999, l'enquête a révélé que les adultes de l'Île faisaient la lecture à près de 70 % des enfants âgés de 2 à 5 ans ou se faisaient faire la lecture par ces enfants quotidiennement.

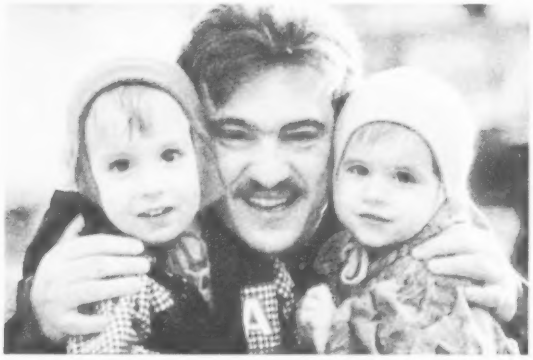
- Les résultats de 1998-1999 indiquent que seulement environ un enfant sur dix se faisait faire la lecture plusieurs fois par jour, tant à l'Île-du-Prince-Édouard que dans le reste du Canada.

La deuxième enquête, menée en 2000-2001, incluait les enfants de la naissance à l'âge de cinq ans et comprenait des questions quelque peu différentes.

Pour ce cycle de rapport, les chercheurs ont déterminé le taux de lecture selon diverses fréquences, soit une fois par semaine, quelques fois par semaine ou quotidiennement. On a laissé tomber les questions qui cherchaient à connaître le nombre de périodes de lecture par jour.




- Pour les deux cycles, le taux d'interaction quotidienne de lecture est supérieur à la moyenne canadienne.



# 5. *Indicateurs communautaires*

La présente section est centrée sur le voisinage des enfants, vu non seulement comme une unité géographique, mais comme un environnement stimulant qui exerce beaucoup d'influence sur ses résidants, en particulier les enfants. Plusieurs facteurs se trouvant dans le voisinage peuvent avoir des conséquences sur la santé et le mieux-être d'un enfant. Les influences du voisinage peuvent être d'ordre socioéconomique, tel que le taux de familles monoparentales ou le niveau de soutien financier. Elles peuvent comprendre des facteurs physiques, tels que la propreté du voisinage en général ou la condition des bâtiments. Elles peuvent aussi faire référence à des facteurs psychologiques, tels que la cohésion des personnes vivant dans la collectivité ou le sens de sécurité ressenti par les enfants dans la collectivité et avec leurs voisins.

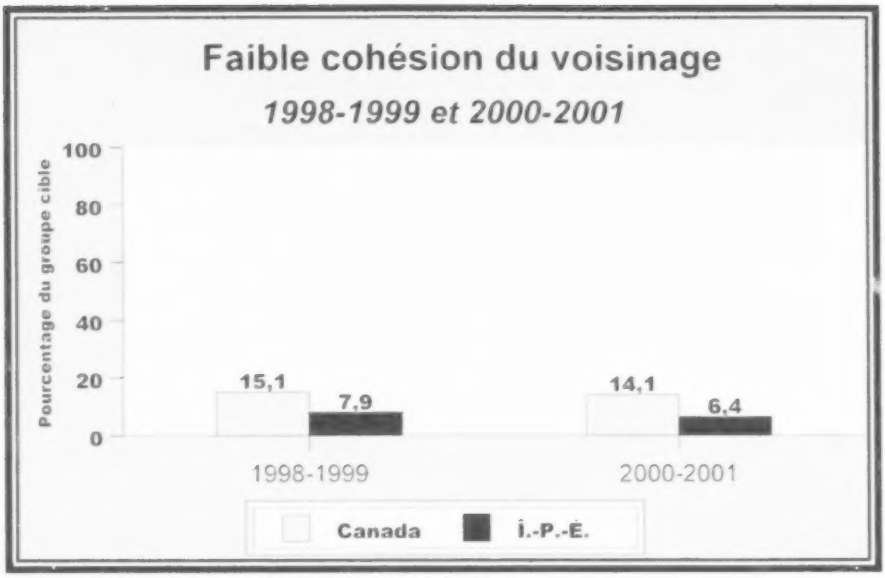
## A. Satisfaction, sécurité et cohésion du voisinage

Les renseignements de l'ELNEJ sur la cohésion, de même que deux indicateurs d'évaluation des risques socioéconomiques et des conditions physiques dans les voisinages de l'Île-du-Prince-Édouard, sont présentés ci-dessous.

**i) Cohésion du voisinage**

Les données sur la cohésion du voisinage ont été recueillies à partir de l'enquête de l'ELNEJ, à l'aide de l'échelle de voisinage qui sert à évaluer la présence ou l'absence de certaines caractéristiques du voisinage. Par exemple, les chercheurs ont posé aux parents des questions sur l'unité sociale du voisinage de l'enfant ou encore l'accès à des conseils professionnels et à du soutien de la part des collectivités et des chefs religieux ou spirituels. Ils leur ont également demandé s'il y avait des familles et des amis qui les aidaient, eux et leurs enfants, à se sentir en sécurité et heureux.

Cet indicateur met en évidence la proportion d'enfants, de la naissance à l'âge de cinq ans, dont les voisinages se distinguent par des niveaux de cohésion sociale peu élevés.




**Source : ELNEJ, cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001).**

- Un très faible taux de répondants de l'Île-du-Prince-Édouard ont indiqué que leur collectivité avait un faible niveau de cohésion.

- La perception de faible cohésion du voisinage qu'ont les parents de l'Île correspond à presque la moitié du taux exprimé dans la moyenne canadienne pour les deux années évaluées.

**De plus**, dans l'ensemble du pays, ce sont les familles de l'Île-du-Prince-Édouard comprenant de jeunes enfants qui exprimaient le moins d'inquiétude à l'égard d'un faible niveau de cohésion du voisinage en 2000-2001.

### ii) Score de la sécurité du voisinage

En 2000-2001, l'ELNEJ a étendu son évaluation de la sécurité des collectivités pour les enfants en y introduisant le score de la sécurité du voisinage comme indicateur du mieux-être des enfants. Pour ce faire, les chercheurs ont allongé le questionnaire sur la cohésion du voisinage afin de recueillir des renseignements précis sur les relations entre les voisins. Par exemple, ils ont demandé aux participants à l'étude si les adultes dans le voisinage pouvaient servir de modèle de comportement aux enfants. Ils leur ont demandé si leurs voisins étaient prêts à s'entraider et s'ils gardaient l'œil ouvert pour s'assurer qu'il n'y a pas de problèmes en leur absence.

L'indicateur suivant reflète les réponses en présentant le nombre de répondants qui jugeaient leur voisinage peu sécuritaire.

- Le nombre de familles répondantes de l'Île-du-Prince-Édouard accordant à leur collectivité un faible score est inférieur à la moyenne canadienne en termes de sécurité du voisinage.

**De plus**, de toutes les provinces, l'Île-du-Prince-Édouard occupe le deuxième rang pour son score élevé de sécurité du voisinage. La province se classant au dernier rang affiche un taux de 14,6 %.

# Notes techniques sur les indicateurs

## *1. Santé physique*

### A. Mortalité infantile

La mortalité infantile est un des 11 indicateurs communs sur lesquels on s'est engagé, dans le communiqué sur le développement de la petite enfance, à déposer un rapport. Les données fournies ici sont applicables aux années 1982 à 2001.

**Source** : *Statistiques canadiennes sur l'état civil – Base de données des naissances* (Statistique Canada); *Mortalité – Liste sommaire des causes* (Statistique Canada).

**Exclusions** : Naissances dont l'âge gestationnel est inconnu et âge gestationnel inférieur à 20 semaines; naissances de résidants étrangers.

Les données pour cet indicateur proviennent des registres provinciaux et territoriaux de l'état civil. Les données comprennent aussi les décès des Canadiens survenus aux États-Unis.

### B. Taux de naissances avant terme

**Source** : *Statistiques canadiennes sur l'état civil – Base de données des naissances* (Statistique Canada); *Mortalité – Liste sommaire des causes* (Statistique Canada).

**Exclusions** : Naissances dont l'âge gestationnel est inconnu et âge gestationnel inférieur à 20 semaines; naissances de résidants étrangers.

Pour les renseignements de 2000, Statistique Canada a soulevé des préoccupations par rapport à la qualité des données de l'Ontario.

## C. Poids santé à la naissance

Le faible poids et le poids élevé à la naissance sont 2 des 11 indicateurs communs sur lesquels on s'est engagé, dans le communiqué sur le développement de la petite enfance, à déposer un rapport. Les données fournies ici présentent la même période de référence que les données du cycle 4 (2000-2001) de l'ELNEJ pour plusieurs autres indicateurs du mieux-être de l'enfant.

**Source** : *Statistiques canadiennes sur l'état civil – Base de données des naissances* (Statistique Canada).

Taux de faible poids à la naissance = (nombre de naissances d'enfants vivants pesant < 2 500 g/nombre total de naissances vivantes) * 100.

***Nota*** : Dans les taux de faible poids à la naissance, les poids de < 500 g sont inclus.

**Exclusions** : Naissances dont le poids du bébé à la naissance est inconnu; naissances de résidants étrangers.

Les données pour cet indicateur proviennent des registres provinciaux et territoriaux de l'état civil. Le formulaire d'enregistrement d'une naissance vivante est rempli par le parent, qui doit le présenter au bureau de l'état civil local, provincial ou territorial. Dans la plupart des provinces, le médecin (ou l'accoucheuse) doit déclarer toutes les naissances auxquelles il assiste au bureau de l'état civil local, provincial ou territorial.

## D. Immunisation

L'immunisation est un des 11 indicateurs communs sur lesquels on s'est engagé, dans le communiqué sur le développement de la petite enfance, à déposer un rapport.
**Source** : Division de l'immunisation et des maladies respiratoires, Santé Canada.

## E. Allaitement au sein

**Source** : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), cycles 1, 2 et 3 (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999), *Questionnaire des parents*.

**Exclusions** : Enfants vivant dans les territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

***Nota*** : Les données de l'Île-du-Prince-Édouard pour le cycle 2 (1996-1997) avaient un coefficient de variation de 16 % à 33,3 %, ce qui signifie que l'échantillon était relativement petit. Comme un petit échantillon peut parfois faire varier le taux d'une année à l'autre, l'ELNEJ recommande de faire preuve de prudence en interprétant ces données.

# 2. *Protection et sécurité*

## A. Taux de mortalité par blessure

**Source :** *Statistiques canadiennes sur l'état civil* (Statistique Canada); *Mortalité – Liste sommaire des causes* de 1998, 1999 et 2000.

**Exclusions :** Résidants étrangers.

## B. Taux d'hospitalisation pour blessure

**Source :** Ces données sont gérées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) – dossiers d'hôpital. Toutefois, elles demeurent la propriété des hôpitaux respectifs.

*Nota :* Les données de 1998 se rapportent à l'exercice 1998-1999, alors que celles de 1999 se rapportent à l'exercice 1999-2000.

# 3. *Développement de la petite enfance*

## A. Santé physique et développement moteur

Le développement moteur et social est un des 11 indicateurs communs sur lesquels on s'est engagé, dans le communiqué sur le développement de la petite enfance, à déposer un rapport.

**Source :** ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001), *Questionnaire des parents*.

**Exclusions :** Enfants vivant dans les territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

## B. Santé affective

Les troubles affectifs et d'angoisse, l'hyperactivité et le déficit d'attention, ainsi que l'agressivité physique et le trouble des conduites, sont 3 des 11 indicateurs communs sur lesquels on s'est engagé, dans le communiqué sur le développement de la petite enfance, à déposer un rapport.

**Source :** ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001), *Questionnaire des parents*; les données présentées sont pondérées; les données proviennent seulement des provinces.

**Exclusions :** Enfants vivant dans les territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

## C. Connaissances et compétences sociales

### i. Comportement sociopersonnel

Le comportement sociopersonnel est un des 11 indicateurs communs (évalué et appelé « comportement prosocial » dans le rapport précédent) sur lesquels on s'est engagé, dans le communiqué sur le développement de la petite enfance, à déposer un rapport.

Le seuil établi pour le comportement sociopersonnel correspond à l'écart-type inférieur à la moyenne selon les données du cycle 4 pour les enfants de toutes les provinces.

**Source :** ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001), *Questionnaire des parents/Questionnaire sur les étapes du développement*.

**Exclusions :** Enfants vivant dans les territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution; enfants âgés de quatre ou cinq ans pour lesquels la PMR n'a pas consenti à ce que le test suivant l'ÉVIP-R soit administré.

***Nota :*** La qualité des données relatives à la cote personnelle sous le seuil pour le cycle 4 a été jugée inacceptable; elles ont donc été supprimées.

### D. Capacités langagières

Les capacités langagières constituent l'un des 11 indicateurs communs sur lesquels on s'est engagé, dans le communiqué sur le développement de la petite enfance, à déposer un rapport.

**Source** : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001), Échelle de vocabulaire en images Peabody – version révisée (ÉVIP-R).

**Exclusions** : Enfants vivant dans les territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

## *4. Indicateurs familiaux*

### A. Éducation parentale

**Source** : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001), *Questionnaire des parents*.

**Exclusions** : Enfants dont la PMR (ou le conjoint de la PMR) n'est pas le père biologique, le beau-père, le père adoptif ou le père de la famille d'accueil; enfants vivant dans les territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

### B. Niveau de revenu

**Source** : Statistique Canada – *Banque de données administratives longitudinales (DAL)*.

**Exclusions** : Non-déclarants.

*Nota :* Les données présentées indiquent le pourcentage de familles sous la MFR après impôt.

### C. Santé parentale – Dépression

**Source** : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), cycle 3 (1998-1999), *Questionnaire des parents*; les données présentées sont pondérées; les données proviennent seulement des provinces.

**Exclusions** : Enfants vivant dans les territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

## D. Santé parentale – Tabagisme durant la grossesse

**Source** : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001), *Questionnaire des parents;* les données présentées sont pondérées; les données proviennent seulement des provinces.

**Exclusions** : Enfants de deux à cinq ans; enfants vivant dans les territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

## E. Fonctionnement familial

**Source** : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001), *Questionnaire des parents;* les données présentées sont pondérées; les données proviennent seulement des provinces.

**Exclusions** : Enfants vivant dans les territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

## F. Pratiques parentales positives

**Source** : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001), *Questionnaire des parents;* les données présentées sont pondérées; les données proviennent seulement des provinces.

**Exclusions** : Enfants vivant dans les territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

## G. Lecture par un adulte

**Source** : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001), *Questionnaire des parents;* les données présentées sont pondérées; les données proviennent seulement des provinces.

**Exclusions** : Enfants de moins d'un an; enfants vivant dans les territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

***Nota :*** Les données du cycle 4 portant sur la fréquence « une fois par semaine ou moins » proviennent d'un petit échantillon dont la qualité est « marginale » selon Statistique Canada. N'étant pas conçue pour les petits échantillons, sa méthode exige qu'on précise le renseignement suivant : « Bien que cette estimation respecte les normes de qualité de Statistique Canada, un niveau élevé d'erreurs y est associé. »

# 5. *Indicateurs communautaires*

## A. Satisfaction, sécurité et cohésion du voisinage

### i. Cohésion du voisinage

**Source :** ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001), *Questionnaire des parents;* les données présentées sont pondérées; les données proviennent seulement des provinces.

**Exclusions :** Enfants vivant dans les territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

### ii. Score de la sécurité du voisinage

**Source :** ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), cycles 3 (1998-1999) et 4 (2000-2001), *Questionnaire des parents;* les données présentées sont pondérées; les données proviennent seulement des provinces.

**Exclusions :** Enfants vivant dans les territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

# Groupe de travail sur les enfants

Le Groupe de travail sur les enfants joint un certain nombre d'organismes communautaires et gouvernementaux, dont :

Alliance pour l'alphabétisation de l'Î.-P.-É.

Alliance pour la réduction du tabagisme de l'Î.-P.-É.

Alliance pour la vie active de l'Î.-P.-É.

Association communautaire d'information juridique

Association des maisons de transition de l'Î.-P.-É.

Association des policiers de l'Î.-P.-É.

Association pour le développement de la petite enfance

Association pour l'intégration communautaire

Association pulmonaire de l'Î.-P.-É.

Atlantic Network for Injury Prevention

Centre de ressources familiales Cap-enfants

Centre de ressources familiales Carousel

Centre de ressources familiales Kids 'R First

Centre de ressources familiales Kids West

Centre de ressources familiales CHANCES

Centre de ressources familiales Lend A Hand

Centre de ressources familiales Mi'kmaq

Centre Richmond

Centre de santé communautaire de Kings-Sud

Centre de santé communautaire Évangéline

Centre de santé communautaire Four Neighbourhoods

CHRM

Club Kiwanis

Club des garçons et des filles de l'Î.-P.-É.

Comité d'action du premier ministre pour la prévention de la violence familiale

Commission scolaire de langue française

Commission scolaire de l'est

Commission scolaire de l'ouest

Conseil des personnes handicapées de l'Î.-P.-É.

Conseil multiculturel de l'Î.-P.-É.

Développement des ressources humaines Canada

Fédération des enseignantes et des enseignants de l'Î.-P.-É.

Fédération des parents de l'Î.-P.-É.

Fédération foyer-école de l'Î.-P.-É.

Fondation des maladies du cœur

GRC

IODE (Ordre impérial des filles de l'Empire)

Laubach Literary Council

Learning and Reading Partners

PEI Bike Helmet Coalition

PEI Breastfeeding Coalition

PEI Newcomers' Association

PEI Recreation and Facilities Association

Police municipale de Charlottetown

Régie régionale de Kings

Régie régionale de Prince-Est

Régie régionale de Prince-Ouest

Régie régionale de Queens

Santé Canada

Santé mentale communautaire

Scouts Canada

Secrétariat à l'alphabétisation de l'Î.-P.-É.

Société de la Croix-Rouge de l'Î.-P.-É.

Société du cancer de l'Î.-P.-É.

Société Saint-Thomas-d'Aquin

Soins et éducation à la petite enfance – Collège Holland

Sport Î.-P.-É.

Université de l'Île-du-Prince-Édouard